UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE DROIT ET DES SCIENCES ECONOMIQUES

L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DES EXPLOITANTS AGRICOLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

présentée et soutenue publiquement le 11 mars 1966

PAR

L.-P. DELESTRÉE

MEMBRES DU JURY :

Président : M. A. BESSON, Professeur

Suffragants { M. CAMERLYNCK, Professeur
M. LYON-CAEN, Professeur

LIBRAIRIE GENERALE DE DROIT ET DE JURISPRUDENCE
R. PICHON ET R. DURAND-AUZIAS
20, Rue Soufflot (V[e])
PARIS

1966

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546003_0030

L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DES EXPLOITANTS AGRICOLES

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE DROIT ET DES SCIENCES ECONOMIQUES

L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DES EXPLOITANTS AGRICOLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

présentée et soutenue publiquement le 11 mars 1966

PAR

L.-P. DELESTRÉE

MEMBRES DU JURY :

Président : M. A. BESSON, Professeur

Suffragants { M. CAMERLYNCK, Professeur
M. LYON-CAEN, Professeur

LIBRAIRIE GENERALE DE DROIT ET DE JURISPRUDENCE
R. PICHON ET R. DURAND-AUZIAS
20, Rue Soufflot (V[e])
PARIS

1966

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

INTRODUCTION

En 1960, seuls les salariés ou assimilés de toutes professions bénéficiaient, dans le cadre de la législation sociale en vigueur (1) de l'assurance obligatoire du risque maladie et invalidité, et des charges de maternité.

Une fraction importante de la population française échappait à cette protection sociale, à savoir, dans le monde agricole (2), les exploitants non salariés et les membres non salariés de leur famille, et dans le monde non agricole, les artisans, commerçants, artistes (3), et toutes personnes exerçant des professions libérales.

Un simple aperçu de ce tableau d'ensemble permettait d'affirmer immédiatement que le monde agricole était, de loin, le plus défavorisé : dans l'industrie et le commerce, l'on comptait en effet, sur un total de 15.106.620 travailleurs actifs urbains, 12.747.320 salariés contre 2.359.300 travailleurs indépendants (Recensement 1962) ; or, dans l'agriculture, sur un total de 3.849.700 travailleurs actifs, l'on comptait 842.460 salariés contre 3.007.240 travailleurs non salariés.

C'est pourquoi la loi du 25 janvier 1961, instituant l'assurance maladie des exploitants agricoles (A.M.EX.A.), est votée par une majorité de plus des 2/3 du Parlement, comblant une importante revendication du monde paysan.

En effet, parmi les risques nombreux encourus par les exploitants agricoles, la maladie pouvait apparaître comme une menace de première grandeur, contre laquelle l'exploitant agricole se trouvait sans

(1) Au cours des années 1945 et 1946, l'ensemble de textes fondamentaux regroupant et modifiant les 3 législations jusqu'alors distinctes — législation des accidents du travail, législation des Assurances sociales et législation des prestations familiales — donna naissance à la Sécurité sociale française.

(2) L'article 17 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 consacrait l'autonomie du régime social agricole.

(3) Loi n° 64-1338 du 26-XII-64 sur l'assurance maladie, maternité et décès des artistes peintres, sculpteurs, et graveurs (D. 304 du 30-XII-1964).

défense sur le plan social : ce risque maladie, de nature à provoquer parfois la ruine totale de l'exploitation, représentait en tout cas une insécurité redoutable, aggravant encore une disparité souvent dénoncée entre les conditions de vie des exploitants familiaux, et les autres couches de la population française. Les organisations représentant les exploitants réclamaient donc à bon droit qu'une nouvelle étape fut franchie vers une protection sociale analogue à celle dont bénéficient les autres catégories de travailleurs français : la classe des exploitants agricoles par les moyens d'existence dont dispose la majorité d'entre eux, se rapproche en effet du salariat, sinon dans l'analyse économique, du moins dans les faits (4).

Dans la petite exploitation, la famille travaille seule, avec l'aide parfois d'un ou deux salariés. Le salarié est bien souvent petit exploitant. S'il ne l'est pas, il est fréquemment nourri et logé à la ferme de son patron ; il songe à devenir un jour métayer, fermier ou petit propriétaire. Parfois il est apparenté à la famille de l'exploitant. Le petit exploitant et le salarié sont ainsi des compagnons de travail, qui se livrent aux mêmes occupations, se penchent sur la même terre, et ont pratiquement des conditions d'existence identiques. Pourquoi dès lors seraient-ils traités différemment dans le cadre des régimes sociaux ? Le nouveau régime d'assurance maladie des exploitants devait donc tendre vers un alignement sur le régime des salariés agricoles : à ce propos, il n'est pas inutile de souligner que la situation sociale des exploitants agricoles était et reste encore bien inférieure à celle des salariés de l'industrie et du commerce et même à celle de leurs propres préposés que sont les salariés agricoles.

Certes, la protection sociale des exploitants agricoles avait favorablement évolué depuis quelques années avant 1960 : le bénéfice des prestations familiales (en 1952), de l'allocation de la mère au foyer (1955), puis de la retraite vieillesse (1952 et 1955) leur avait été accordé.

Mais l'absence de toutes garanties concernant le risque de maladie était l'une des lacunes principales qui devait être comblée. Tel était le but que se proposait d'atteindre, imparfaitement d'ailleurs comme nous le verrons, le législateur en janvier 1961.

Dans une telle optique, le régime d'A.M.EX.A. ne pouvait être qu'obligatoire : des tentatives d'assurances facultatives s'étaient faites jour, et n'avaient pas été entièrement négatives, grâce aux efforts des mutuelles locales et des sociétés d'assurances, mais seule était assurée une très faible minorité d'exploitants, souvent les plus for-

(4) Comme l'a bien montré M. Martial Brousse, sénateur, dans un rapport présenté au Sénat au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet relatif à l'A.M.EX.A. (Sénat, n° 335, 2e session ordin. de 59-60).

tunés, et les risques couverts variaient fort sensiblement suivant les contrats.

La part devait être également faite à une certaine négligence des exploitants, motivée souvent, il est vrai, par la crainte de ne pouvoir assumer les frais importants qu'entraînait pour eux la souscription de tels contrats.

Enfin, seul le principe de l'obligation permettait l'exercice d'une solidarité, combien légitime, entre malades et biens portants. Le champ d'application de l'A.M.EX.A. était vaste, puisqu'il portait sur environ 6.500.000 personnes, comprenant les exploitants eux-mêmes, soit 1.920.000 personnes, leurs conjoints et enfants de moins de 16 ans, soit 3.120.000 têtes, les membres de leur famille majeurs et âgés de 16 à 20 ans, au nombre de 1.010.000, et 450.000 retraités agricoles.

Le problème majeur que posait la création du nouveau régime était essentiellement d'ordre financier.

D'emblée, il apparut, lors du dépôt du projet gouvernemental, en 1960, que le régime des non-salariés de l'agriculture ne pouvait permettre une couverture des mêmes risques qu'un régime des salariés agricoles : aussi bien, l'exposé des motifs ne parlait que d'une première étape.

En effet, le régime maladie des exploitants exigeait un lourd financement, du fait de la structure démographique, de l'état sanitaire, et du revenu moyen de la population agricole (5). En principe, la protection sociale de l'agriculteur devait être financée par lui-même, puisqu'il est à la fois chef d'entreprise et ouvrier.

Cette règle prévaudrait dans la mesure où toutes les charges sociales seraient incorporées dans les prix de vente des produits agricoles. Mais comme il n'en est rien, la prise en charge par l'Etat d'une grande part de la protection sociale des exploitants, plus que justifiée, reste indispensable en dehors de toute autre raison.

Le régime maladie des exploitants, objet de la présente étude, était donc étroitement conditionné par l'aide de l'Etat, quant à la nature et l'étendue des risques couverts.

Les spécialistes avaient calculé sur une année que le coût total du régime A.M.EX.A., dans la mesure où les exploitants bénéficieraient de garanties égales à celles des salariés, serait de l'ordre de 1.100 millions de F. Or, l'effort financier de l'Etat ne devait pas dépasser, par hypothèse, 115 millions de F (6) : il était, dans ces condi-

(5) La population agricole comprend un grand nombre de personnes jeunes ou âgées ; de plus, sur les 60 ou 80.000 jeunes gens qui chaque année quittent l'agriculture, beaucoup sont écartés pour des raisons médicales des métiers qu'ils avaient choisis, ce qui entraîne une anti-sélection au détriment de l'agriculture.

(6) Le Gouvernement avait fait connaître son intention de mettre à la disposition du Régime une somme de 115 millions de francs au titre de l'exercice 1961,

tions, hors de question de faire supporter aux exploitants eux-mêmes, sous forme de cotisations, le financement d'une différence aussi considérable.

Voilà pourquoi le régime maladie des exploitants institué en 1961 ne pouvait signifier une parité entre les exploitants d'une part, et les salariés tant du régime général que de l'agriculture d'autre part. Mais il était prévu dans le projet gouvernemental, qu'une assurance complète, analogue à celle des salariés, pourrait être progressivement aménagée par la suite.

Bref, il s'agissait, en 1961, de donner aux exploitants une protection sociale aussi satisfaisante que possible, compte tenu des impératifs financiers auxquels nous avons fait allusion, et des particularités du monde rural.

Nous tenterons de montrer comment et dans quelle mesure le législateur y parvint.

ce qui représentait pour une année pleine, un montant global de 140 millions de F : en effet, la loi du 25-1-1961 devait n'entrer en vigueur qu'au 1er avril 1961.

CHAPITRE PRELIMINAIRE

LA LOI DU 25 JANVIER 1961

I. — La loi du 25 janvier 1961, instituant le régime obligatoire d'assurance maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles et des membres non salariés de leur famille, fit l'objet de longs débats tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat; les discussions souvent passionnées auxquelles donna lieu l'élaboration du texte définitif, l'importance des travaux préparatoires et la hâte manifestée par les parlementaires de parvenir à une solution rapide, révèlent bien le profond intérêt qu'attachait le législateur à résoudre cette question, et son réel désir de satisfaire, dans la limite du possible, les bénéficiaires du nouveau régime.

Déposé en avril 1960 à l'Assemblée nationale (1), ce projet gouvernemental fut discuté et largement modifié en première et deuxième lectures, et revenant une troisième fois devant le Parlement, fut finalement adopté le 13-XII-60 (2).

II. — Le texte de loi comprend 9 articles :

Seul l'article premier porte Code du nouveau régime, introduisant dans le titre II-L.VII du Code rural un Chapitre nouveau (Chapitre III-1) comportant les articles 1106-1 à 1106-16 et intitulé : « Assurance maladie-invalidité et maternité des personnes non salariées ». Ce chapitre est divisé en quatre sections, visant tour à tour le champ d'application du régime (art. 1106-1 du Code rural), les prestations (art. 1106-2 à 1106-5 du Code rural), le financement (art. 1106-6 à

(1) Projet de loi 560.

(2) La décision du Conseil constitutionnel du 20-1-61 fut publiée au *J.O.* du 24-1-61. Le texte de loi fut publié au *J.O.* du 27-1-61, p. 1059.

1106-8 du Code rural) et l'organisation du régime (art. 1106-9 à 1106-16 du Code rural).

Les autres articles de la loi n'ont de valeur que subsidiaire, aménageant d'autres textes du Code rural en fonction du nouveau régime, ou organisant les mesures transitoires qui s'imposaient. L'article 2 insère au Code rural (T. IV.L.VII) deux articles nouveaux : l'article 1244-1 traitant du contrôle du régime et des sanctions, et l'article 1250-1 prévoyant l'élaboration en Conseil d'Etat de décrets fixant les mesures de coordination en cas de conflits de régime.

L'article 3 prévoyait les mesures transitoires.

Les articles 4, 5, 6, 7, 8 et 9 de la loi prévoyaient divers aménagements concernant les assurances complémentaires en particulier, fixaient la date de mise en vigueur du régime au 1er avril 1961, et précisaient quels divers textes devaient être déposés par le Gouvernement, soit pour réviser certaines dispositions, soit pour compléter le nouveau régime quant à la nature ou l'étendue des risques couverts (3). Nous aurons l'occasion de revenir sur ces projets du législateur.

III. — La loi fut complétée par les textes d'application parus fin mars 1961 :

— D'abord par l'arrêté du 27.III.61 portant habilitation (4) des sociétés d'assurances pour l'application de la loi du 25.I.1961.

— Ensuite par deux importants décrets d'application :

L'un (décret 61-294 du 31.III.1961) (5) comprenant 38 articles et divisé en 3 titres, traitant respectivement des cotisations, des prestations, et de diverses mesures transitoires, l'autre (D. 61.295 du 31 mars 1961) portant R.A.P. pour l'application des articles 1106-9 et 1106-10 du Code rural (organisation du régime) comprenant 28 articles et divisé en cinq chapitres.

— Enfin, par le décret 61.338 du 31-III-61 relatif au financement de l'A.M.EX.A., qui fixait les cotisations pour la durée du 1er avril 1962 au 31-XII-1961.

VI. — Notre projet est de consacrer la première partie de la présente étude à l'analyse du régime A.M.EX.A. : nous suivrons, dans ses grandes lignes, le plan du chapitre III-1 du Code rural, et traiterons, dans un chapitre I du champ d'application de la loi, dans un chapitre II du financement, dans un chapitre III des prestations et dans un chapitre IV des obligations des parties.

(3) Voir *infra* : « Introduction générale ».
(4) Voir *supra*, IIe Partie, chap. II, section II, § 1.
(5) Modifié par D. 62-1496 du 28-XI-62 (*J.O.* du 9-12-62) et D. n° 63-1194 du 2-12-63 (*J.O.* du 4-12-1963).

Le fonctionnement du régime fera l'objet d'une seconde partie, qui comprendra cinq chapitres traitant successivement de la gestion, des organismes assureurs, de l'organisation du régime, du contentieux et du contrôle médical.

Nous nous efforcerons enfin dans une conclusion générale de dresser le bilan de quatre années de fonctionnement du régime d'assurance maladie des exploitants.

PREMIERE PARTIE

L'A. M. E. X. A.

CHAPITRE I

CHAMP D'APPLICATION

Les personnes qui doivent être obligatoirement assurées sont précisément énumérées par l'article 1106-1 du Code rural : ce sont les chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles, leurs aides familiaux non salariés, les anciens exploitants titulaires de la retraite vieillesse, et sous conditions, ceux titulaires de l'allocation de vieillesse, les membres non salariés de toute société agricole, et les conjoints et enfants mineurs de 16 ans de toutes les personnes précitées.

Nous reprendrons tour à tour chaque cas visé par la loi.

Section I

LES CHEFS D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE AGRICOLE

La loi d'assurance maladie obligatoire s'applique tout d'abord « aux chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles visés à l'article 1060 (1°, 4° et 6°) du Code rural, à condition que ces dernières soient situées sur le territoire métropolitain, et qu'elles aient une importance au moins égale à la moitié de l'exploitation type ouvrant droit à l'intégralité des prestations familiales agricoles, à moins qu'ils ne justifient d'une activité exclusivement agricole ».

§ 1. — Exploitation ou entreprise agricole.

Il doit s'agir d'une entreprise ou d'une exploitation agricole au sens des articles 1144 et 1152 du Code rural : hors l'exploitation agri-

cole proprement dite, l'article 1144 du Code rural vise les exploitations d'élevage, de dressage, d'entraînement, les haras, les entreprises de toute nature, les bureaux, dépôts ou magasins de vente se rattachant à des syndicats ou exploitations agricoles, lorsque l'exploitation agricole constitue le principal établissement, les sociétés coopératives agricoles, les sociétés d'intérêt collectif, et les sociétés agricoles diverses, les sociétés à caractère coopératif dites fruitières, les C.M.A.A. (1), les Caisses mutuelles de Crédit agricole et les Associations syndicales de propriétaires.

Outre ces exploitations et entreprises ainsi définies, l'article 1060 4° et 6° auquel renvoie la loi vise les entreprises de battage, ou de travaux agricoles, et les établissements d'ostréiculture, de mytiliculture (2), de pisciculture, et établissements assimilés. Il ne saurait s'agir ici d'une liste limitative.

Sont enfin concernés par l'article 1060 1° qui renvoie à l'article 1152 du Code rural les chefs d'exploitation de bois, ces dernières exploitations englobent les travaux d'abattage, d'ébranchage, lançage, schlittage, transport à la main en forêt, et lorsqu'ils sont exécutés sur le pareterre de la coupe, les travaux de débit, façonnage, sciage, empilage, écorçage et carbonisation.

Sont considérés comme chefs d'entreprises de bois « le propriétaires des bois abattus ou mis en œuvre, si leur exploitation n'a pas été assumée par un entrepreneur, à la suite d'une adjudication, ou en exécution d'un contrat d'entreprise.

Pour le cas particulier des exploitants forestiers négociants en bois, la loi prévoit qu'ils ne sont pas assujettis, dès lors qu'ils sont affiliés à l'organisation autonome d'allocation vieillesse des professions industrielle et commerciale.

Bref, la notion d'exploitant agricole n'est guère susceptible d'être définie avec précision, puisqu'elle englobe nombre d'activités fort différentes (dont certaines n'ont trait que de fort loin à l'agriculture proprement dite) (3) et que de nouveaux types d'activités se font

(1) Caisses mutuelles d'assurance agricole.

(2) Elevage des moules.

(3) L'on peut citer à titre d'exemples :

— Les marchands de bestiaux et bouchers utilisant des herbages dépassant les « limites normales d'un pacage d'animaux de transit ».

Cette exploitation limite semble pouvoir être fixée à 2 hectares (Comm. rég. d'appel, Nantes, 19-I-1952).

— Les éleveurs de bovins (C.E., 14-X-60, Jur. 61.G.2).

— Les laitiers nourrisseurs (C.E., 2-X-59, Jur. 59.G.39).

— Les nourrisseurs de porcs (C.E., 1-6-60, Jur. 60.G.32).

— Les établissements zoologiques qui pratiquent l'élevage et la reproduction d'animaux, sauf si les buts poursuivis sont exclusivement scientifiques (Lettre Min. Agriculture, n° 82, A.S.M./3 du 30 janvier 1947).

— Les exploitants de marais salants.

— Les maisons familiales du type Lauzin (Lettre Min. Agriculture du 6-X-1943).

jour avec les progrès techniques en ce domaine. L'on peut, sous ces réserves, proposer la définition suivante : Est considéré comme exploitant agricole, au regard de la loi du 25-I-1961, toute personne tirant tout ou partie de ses ressources du travail de la terre, quel qu'il soit.

§ 2. — Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

L'on entend par chefs d'exploitation quiconque, travaillant seul ou en famille, ou à titre de participant non salarié à une exploitation collective, assure pour son compte, à quelque titre que ce soit, et sans se trouver sous la direction d'un patron, l'exploitation d'un domaine agricole, ou quiconque emploie de la main-d'œuvre pour un travail relevant d'une profession agricole.

Pour avoir cette qualité, il n'est pas nécessaire d'être propriétaire-exploitant du domaine : l'élément essentiel est que la responsabilité de l'exploitation repose entièrement sur l'intéressé : c'est ainsi que le propriétaire de terres cultivées par sa femme, et qui exerce à temps complet, ou à titre principal, une profession salariée agricole par exemple, est assujetti de droit au régime de l'A.M.EX.A. (4), sauf à n'être immatriculé que pour ordre.

Toute personne physique répondant à cette définition est indubitablement assujettie (5), même s'il s'agit d'un exploitant invalide, ou d'un aliéné non interdit. Les fermiers sont également considérés comme exploitants agricoles. Par contre, le propriétaire qui leur loue ses terres ne dépend pas du régime agricole. En cas de fermage, c'est donc le fermier qui est considéré comme chef d'exploitation agricole, et seul assujetti à l'A.M.EX.A.

Différent est le cas du métayage, contrat dont l'objet consiste à réalise une association entre le propriétaire de la terre et le métayer.

Il est dans ces conditions normal que les parties contractantes soient considérées toutes deux comme chef d'exploitation. L'article 1110 du Code rural adopte cette solution, mais l'assortit de réserves (6).

(4) Cass. civ., 2e sect., 20-3-63, Jur. 63.D.11.

(5) Cf. art. 8, R.A.P. du 18-X-1952.

(6) Le preneur, d'une part, ne doit pas être assimilé à un salarié ni affilié à ce titre au Régime des Assurances sociales agricoles. Le bailleur, d'autre part, n'est considéré comme exploitant agricole que si le revenu cadastral correspondant à la part qui lui revient des produits de l'exploitation est au moins égale à 20 F (ou 16 F si le Revenu cadastral de l'exploitation est inférieur à 6 F par hectare).

Les métayers assimilés à des salariés sont ceux qui travaillent d'ordinaire seuls ou avec l'aide de leur famille et remplissent l'une ou l'autre des conditions suivantes :

— soit ne pas posséder, à leur entrée dans l'exploitation et pour l'ensemble

Mentionnons enfin la catégorie des coexploitants : il peut advenir que plusieurs agriculteurs s'associent en vue de cultiver en commun un ou plusiers domaines agricoles : l'on entend ainsi par coexploitants ceux qui participent à une exploitation commune, qu'elle soit de droit ou de fait (7), ou qu'elle soit basée sur une indivision ou sur toute autre forme d'association.

Cependant, pour chaque exploitation collective, le nombre de coexploitants susceptibles d'être assujettis à l'A.M.EX.A. n'est pas illimité : le nombre des personnes normalement nécessaires à la marche de l'exploitation collective est fixé par la Direction des Services agricoles du département (8).

Dans le cas de l'exploitation qui se trouve dans l'indivision, les coïndivisaires sont affiliés en tant que coexploitants : mais il convient alors de considérer la quote-part de chacun d'eux pour déterminer les conditions d'affiliation; en effet, la situation de chaque indivisaire ne peut être appréciée que d'après sa quote-part dans la propriété commune.

§ 3. — Conditions requises pour bénéficier de l'A.M.EX.A.

Pour être assujetti, l'intéressé doit tirer ses revenus principaux d'une exploitation d'importance au moins égale à la moitié de l'exploitation type ouvrant droit à l'intégralité des prestations familiales agricoles.

L'exploitation type ouvrant droit à l'intégralité des prestations familiales agricoles est l'exploitation ou l'entreprise agricole, suivant le cas, qui nécessite de la part de l'exploitant une activité professionnelle équivalente au nombre de jours de travail minimum exigé des salariés agricoles pour ouvrir droit à l'intégralité des prestations familiales. Le comité départemental des prestations familiales intervient de la façon suivante :

— Pour les exploitations de polyculture, il détermine la superficie ou le revenu cadastral réel qui correspond à cette activité professionnelle. Ainsi, selon les départements, cette exploitation type de polyculture varie de 2 à 12 hectares.

des terres exploitées par eux, un cheptel mort ou vif d'une valeur supérieure à un chiffre fixé par décret.

— soit exploiter, tant en métayage qu'en fermage, ou en faire-valoir direct, des terres dont le revenu cadastral global n'excède pas 200 F.

Précisons que les métayers travaillant d'ordinaire seuls sont ceux qui, dans l'année civile écoulée, n'ont pas fait appel à plus de 75 journées de travail salarié pour l'ensemble des terres exploitées par eux à quel que titre que ce soit.

(7) R.A.P., 18 octobre 1952, article 8, alinéas 1 et 2.

(8) R.A.P., 18 octobre 1952, article 13, alinéa 5.

— Pour les exploitations de culture spécialisée (celles des maraîchers, horticulteurs, pépiniéristes, par exemple), le Comité départemental fixe le coefficient de majoration à affecter au revenu cadastral réel, en vue de la détermination d'un revenu cadastral fictif pouvant être comparé au revenu cadastral des exploitations de polyculture correspondant à une activité professionnelle normale.

Le revenu cadastral fictif est calculé en affectant au revenu cadastral moyen départemental le coefficient ainsi fixé et qui varie suivant la nature des cultures. Par exemple, pour les exploitations type « maraîcher », l'exploitation type varie de 0,03 à 1,54 hectare.

Pour les entreprises agricoles, enfin, le Comité départemental précise le revenu professionnel ou autre terme de comparaison qui correspond à cette activité normale. L'équivalence à retenir pour apprécier la qualité d'exploitant est celle qui est adoptée dans le département en matière de prestations familiales agricoles.

Cette équivalence repose sur les deux éléments suivants :

— l'exploitation type dont le revenu cadastral est fixé à l'échelon national à 133,44 F;

— le salaire minimum garanti en agriculture, majoré de 15 %, dont le taux annuel applicable pour l'année 1963 s'élevait à (pour 2.400 heures de travail) :

$$\frac{1{,}4195 \times 115}{100} \times 2.400 = 3.917{,}82.$$

L'équivalence revenu cadastral-salaires est la suivante :

133,44 rev. cad. = 3.917,82 sal.

— Le projet de loi initial ne prévoyait aucun accommodement quant aux chefs d'exploitations inférieures à la moitié de l'exploitation type.

Dès la première lecture, les travaux parlementaires (9) tendirent à combler cette lacune : en effet, il parut souhaitable d'assurer tous les agriculteurs exploitants, quelle que soit la superficie exploitée, lorsque l'agriculture constitue l'activité principale de l'intéressé. Faute de pouvoir adopter un critère valable pour toutes les régions, il a semblé plus équitable d'assurer tous les agriculteurs dont la culture est vraiment la profession unique. Le cas se posait notamment pour les agriculteurs de montagne faisant de l'élevage sur des terrains communaux.

Le texte primitif fut donc complété en assujettissant tous les agriculteurs exploitants sous les conditions suivantes :

(9) *J.O.* n° 49 (suite), A.N. du 13-7-60. *J.O.* n° 46 (suite) du 21-X-60.

A. — S'agissant d'une exploitation égale ou supérieure à la moitié de l'exploitation type, l'intéressé doit en retirer ses revenus principaux.

Cette disposition pourtant claire ne manque pas de soulever de nombreuses difficultés pratiques : il est fréquent de rencontrer des exploitants se livrant, en plus de leurs activités agricoles, à des travaux non salariés, artisanaux, par exemple, ou même à des travaux annexes salariés.

Dans la première hypothèse, l'article 24 *b* du décret 61-295 du 31-III-61 exclut du champ d'application de l'A.M.EX.A. « les personnes qui, au cours de l'année civile précédente, ont tiré le principal de leurs revenus professionnels d'une activité non salariée autre qu'agricole, alors même que cette activité ne comporte pas le bénéfice d'un régime obligatoire d'assurance maladie... ». Ainsi, un agriculteur exerçant une activité artisanale entrerait dans le champ d'application de la loi du 25-I-61, s'il tire le principal de son revenu professionnel de son activité agricole. Mais s'il vient à tirer le principal de son revenu, au cours d'une année, de ses revenus artisanaux, il est exclu du régime de l'A.M.EX.A., et relève du régime dont dépend son activité principale. Cette règle occasionne bien des difficultés d'application : en effet, les personnes exerçant deux activités d'importance équivalente, ne sont jamais en mesure de déterminer leur situation exacte à une date donnée. Quand la situation pour l'année en cours se trouve connue, un certain temps s'est écoulé durant lequel rien n'a permis de considérer que l'intéressé ne relevait plus de l'A.M.EX.A. Cependant, la radiation est prononcée avec effet rétroactif, ce qui peut avoir des conséquences importantes pour l'intéressé, lequel n'a pu rechercher en temps voulu une autre garantie et se trouve démuni de toute possibilité de percevoir des prestations, alors qu'il se trouvait couvert par le régime des exploitants agricoles.

L'on s'est demandé, pour remédier à cette situation regrettable, s'il ne serait pas possible d'admettre que la radiation n'intervienne qu'au premier jour du semestre suivant celui au cours duquel la situation a été valablement déterminée et que cette radiation ne devienne effective qu'après notification à l'intéressé. Mais le Conseil d'Etat (10) a décidé que la radiation rétroagit bien à la date à laquelle l'individu a cessé de remplir les conditions d'assujettissement, étant précisé que le remboursement des cotisations et des prestations payées pendant la période d'immatriculation irrégulière « peut » être réclamé.

(10) Arrêt du 6 août 1963 (inédit).

Le Conseil d'Etat, par souci d'équité, adopta cette formule significative, permettant d'appliquer les principes avec une certaine souplesse.

La seconde hypothèse, celle ayant trait aux travaux annexes salariés, pose également des difficultés pratiques que nous retrouverons à propos des cotisations.

Lorsque l'exploitant ou tout membre non salarié des professions agricoles, peut justifier de l'exercice d'un emploi salarié annexe permanent, dans des conditions lui ouvrant droit de manière continue aux prestations d'assurance sociale, il sera, bien qu'immatriculé, exempté de toute cotisation à l'A.M.EX.A. Tout se passera comme s'il n'était pas assujetti (11).

Mais il se peut qu'il effectue occasionnellement des travaux salariés annexes, et qu'il ne remplisse pas, ou ne puisse remplir d'une manière continue, les conditions administratives d'ouverture du droit aux prestations des assurances sociales des salariés.

Dans le cas où ils peuvent justifier de plus de 100 jours de travail salarié dans les quatre trimestres précédents, il est admis (12) que les intéressés peuvent continuer, en application de l'article 104 du D. du 21 septembre 1950, d'effectuer des versements volontaires de cotisations au régime d'assurance sociale des salariés agricoles, en étant corrélativement dispensés de cotiser au régime de l'A.M.EX.A. Ainsi, l'intéressé peut exercer un véritable choix entre l'un ou l'autre régime (13).

B. — S'agissant d'une exploitation inférieure à la moitié de l'exploitation type, l'intéressé a la possibilité d'adhérer au régime de l'A.M.EX.A., en justifiant d'une activité exclusivement agricole. Il ne pourra solliciter cette adhésion s'il a des revenus autres relevant d'une activité différente.

Au cas de pension, ou de rente des assurances sociales des salariés agricoles ou non, qui ouvrent droit aux prestations de maladie, il est évidemment exclu du bénéfice de l'A.M.EX.A. Il est possible que l'exploitant exerce par ailleurs une activité salariée : il est assujetti à condition de prouver la nature strictement agricole de cette activité salariée annexe, et pourra dans ce cas faire jouer les dispositions de l'article 5 du D. 61-294 du 31-III-61 (14).

(11) Article 1106/7, 3° du C. rural.
(12) Lettre 559 de 1963 du Min. Agric.
(13) Cette solution peut se faire jour en pratique, bien qu'elle ne semble pas cadrer avec les dispositions de l'article 5 du D. 61-294 du 31-3-1961 : ce texte prévoit le remboursement de cotisations, sous certaines modalités à cette catégorie d'assujettis visés à l'article 1106-7, 3° du Code rural.
(14) Voir note précédente.

Section II

LES AIDES FAMILIAUX

Selon l'article 1106/1-2°, sont également assujettis les aides familiaux non salariés des chefs d'exploitation ou d'entreprises précités. Le même texte précise qu'il faut entendre par aides familiaux « les ascendants, descendants, frères et sœurs, alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de 16 ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés » (15).

§ 1. — Qualité d'aide familial et conditions d'assujettissement.

La forme d'exploitation la plus répandue en France est de caractère familial. Sous l'autorité, la direction du chef de famille, en général chef d'exploitation, le travail et les moyens de production sont mis en commun, les besoins de tous se trouvent satisfaits grâce aux fruits du domaine, soit en nature, soit au moyen de recettes provenant de la vente des produits.

Outre les liens de parenté, l'article 1106-1 2°, prévoit que pour avoir la qualité d'aide familial, il faut participer aux travaux de l'exploitation.

Le Conseil d'Etat (16) avait estimé suffisant le fait de vivre sur l'exploitation, sans qu'il soit besoin de rechercher s'il y avait ou non participation aux travaux. Mais l'article 1er de la loi du 30-7-1960 concernant la retraite vieillesse et complétant l'article 1124 du Code rural (17), posait déjà pour principe, avant la loi du 25-I-61, que les membres de la famille, pour être considérés comme aides familiaux, doivent non seulement vivre sur l'exploitation, mais encore participer aux travaux.

La participation aux travaux est présumée, sauf preuve contraire. La loi n'avait pas prévu l'étendue de cette participation qui, même légère, est retenue par certaines juridictions comme suffisante.

Quant aux conditions d'assujettissement proprement dites, l'on va retrouver tout d'abord les conditions générales concernant les chefs d'exploitation :

(15) Les aides familiaux visés par l'article 1106-1, 2°, du C. rural sont en fait les membres de la famille énumérés par l'article 9, alina 1 du R.A.P. du 18-X-1952.

(16) C.E., 28-II.1958, Jur. 58.G.14.

(17) Ce texte a trait à l'assurance vieillesse agricole, dont les conditions d'assujettissement sont pratiquement les mêmes que pour le régime de l'A.M.EX.A.

a) l'exploitation ou l'entreprise doit être telle que prévue par l'article 1106-I, 1°;

b) les aides familiaux ne doivent pas être salariés en particulier du chef d'exploitation ou d'entreprise.

En l'état actuel des textes, et sous réserve de l'appréciation des tribunaux, la qualité de non salarié est considérée comme suffisamment établie par la déclaration du chef d'exploitation (18).

Un membre de la famille de l'exploitant, vivant sur l'exploitation, mais qui exerce une profession salariée, ou commerciale, ou encore artisanale, est exclu du régime de l'A.M.EX.A. (19).

c) une troisième condition est particulière à la catégorie des aides familiaux : ceux-ci doivent être âgés de plus de 16 ans (20).

§ 2. — Problèmes particuliers à la catégorie des aides familiaux.

Ils se trouvent d'abord posés par la nature des activités professionnelles de l'exploitant, ensuite par une modification du lien de parenté vis-à-vis de ce dernier.

I. — Il advient souvent que les membres de la famille d'un exploitant non assujetti, mais immatriculé pour ordre (s'il exerce, par exemple, à titre principal une activité non salariée non agricole), mettent en œuvre leurs peines et soins pour faire prospérer une exploitation agricole dont le chef ne s'occupe que très accessoirement.

Il faut admettre que dans de tels cas, les membres de la famille (21), à condition qu'ils vivent et travaillent sur l'exploitation, doivent être rattachés au régime de l'A.M.EX.A.

La même solution prévaudra pour les membres de la famille d'un exploitant salarié à titre principal, comme tel affilié au régime d'Assurances sociales obligatoires, et immatriculé pour ordre à l'A.M.EX.A.

II. — Une difficulté fréquente touchant l'assujettissement des aides familiaux résulte d'une modification possible du degré de parenté de certains aides, à la suite du changement de chef d'exploitation.

(18) Ce, malgré l'article 1026 du Code rural qui retient en leur faveur une présomption de salariat.

(19) Il se peut que l'aide familiale reçoive du chef d'exploitation certaines sommes d'argent : en fait, il s'agit là d'une libéralité émanant d'un chef de famille, vis-à-vis d'un membre de sa famille, et que l'on ne saurait considérer comme salaire. Dans la pratique, l'on ignore toujours de telles libéralités.

(20) Les mineurs de 16 ans relèvent du Régime comme ayants droit du chef d'exploitation : leur assujettissement est prévu par l'article 1106-1, C. rural, § 4.

(21) Exception faite des enfants mineurs et du conjoint, selon l'article 24 du décret 295 du 31 mars 1961.

Aux termes de l'article 1106-1, 2°, les neveux, nièces, oncles et tantes ne peuvent être considérés comme aides familiaux; en application du texte, les assurés qui avaient la qualité de frères et sœurs de l'ancien chef d'exploitation, et qui deviennent oncle et tante du nouveau chef, lui-même fils du premier, perdent leur qualité d'aides familiaux et cessent d'être assujettis.

Une telle solution n'est pas en contradiction avec l'esprit des textes votés par le Parlement.

Une limite était nécessaire, sous peine de voir tous les membres de la famille, même les cousins, devenir aides familiaux; l'on peut ajouter que si ces personnes continuent à travailler sur l'exploitation, elles doivent être considérées comme salariées, et comme telles affiliées au régime général des Assurances sociales agricoles.

Section III

LES ANCIENS EXPLOITANTS

L'article 1106-I, 3°, fait entrer dans le champ d'application de la loi « les anciens exploitants et leurs conjoints, titulaires de la retraite vieillesse prévue à l'article 1110, et aux titulaires de l'allocation vieillesse prévue au même article, lorsqu'ils sont membres de la famille de l'exploitant et ont donné lieu à cotisation pendant 5 ans ». Toutefois, le bénéfice de cette disposition n'est accordé aux intéressés « que lorsqu'ils entraient dans les catégories de personnes visées aux paragraphes 1 et 2, à la date à laquelle ils ont abandonné l'exploitation ou l'entreprise ».

§ 1. — L'allocation et la retraite vieillesse agricole.

La loi du 10-VII-1952 organisa le régime de vieillesse des travailleurs non salariés de l'agriculture, mais n'avait prévu que l'attribution d'une allocation de vieillesse agricole d'un montant uniforme, accordée sous certaines conditions restrictives, concernant en particulier les ressources du requérant. Il s'agit là d'un avantage non contributif, revêtant le caractère subsidiaire d'une allocation d'assistance.

La loi du 5 janvier 1955 améliora ce régime (22) ; d'une part l'allocation vieillesse, continuant d'exister, n'est plus attribuée qu'aux

(22) Un nouveau progrès fut marqué par la loi n° 1242 du 21 novembre 1961, attribuant une allocation complémentaire au profit de toute personne bénéficiaire soit d'une allocation, soit d'une retraite, au titre de l'Assurance vieillesse agricole, dont les ressources ne sont pas supérieures à un certain plafond.

exploitants n'ayant pas cotisé pendant au moins 5 ans au régime de l'Assurance vieillesse agricole instituée par la loi de 1952 et qui remplissent par ailleurs la condition requise de durée minimum d'activité agricole non salariée. D'autre part, les chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles (et eux seuls) et leurs conjoints, ont droit, pour autant qu'ils aient effectué des versements pendant au moins 5 ans, à une retraite de vieillesse agricole. Ce nouvel avantage est d'ordre contributif, et non soumis à la condition de ressources.

Ainsi, l'allocation peut être actuellement accordée aux chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles ayant versé des cotisations d'assurance vieillesse agricoles pendant moins de 5 ans, soit parce qu'ils ont cessé leur activité agricole non salariée avant le 1-VII-1952, date d'entrée en vigueur du régime vieillesse, soit parce qu'ils ne peuvent justifier de cinq années complètes de versements avant ou après la cessation de leur activité. De plus, les membres non salariés de la famille de l'exploitant, ainsi que le conjoint, étant exclus du bénéfice de la retraite vieillesse, ne peuvent prétendre qu'à l'allocation.

§ 2. — L'assujettissement des anciens exploitants au régime de l'A.M.EX.A.

Ce texte fut âprement discuté par les Parlementaires et fit l'objet de nombreux amendements.

En effet, la restriction apportée au bénéfice de l'assujettissement, vis-à-vis des titulaires d'allocations de vieillesse ayant donné lieu à cotisation pendant moins de cinq ans, entraîne certaines injustices sociales qu'il nous faut ici rappeler.

Les anciens exploitants qui n'ont pu cotiser suffisamment à l'assurance vieillesse et ne peuvent prétendre, de ce fait, qu'à l'allocation vieillesse, se trouvent en général dans une situation précaire. Ces personnes, dans leur majorité, disposent d'un revenu supérieur au plafond donnant droit à la carte d'économiquement faible, et partant, à l'assistance médicale gratuite : pourtant, leurs ressources journalières souvent de l'ordre de 3 à 5 F, sont trop minces pour permettre des dépenses de soins, de visites médicales, de pharmacie, voire d'hospitalisation. Ces personnes ne peuvent que formuler une demande d'aide médicale gratuite, toujours aléatoire, et risquent en pratique de ne pas se faire soigner. Pour pallier cette grave lacune, l'on proposa d'abord de supprimer purement et simplement la restriction précitée, ensuite, sans amputer le texte, de le compléter par la disposition suivante : « ... ou qu'ils paient une cotisation individuelle dont le montant serait fixé par décret... », ce qui constituait en fait l'amorce d'une assurance volontaire pour les anciens exploitants.

Mais le gouvernement, invoquant l'article 40 de la Constitution dut s'opposer à l'adoption de l'un et l'autre des amendements, qui avaient évidemment pour effet d'accroître les dépenses du régime de l'A.M.EX.A. considéré comme charge publique, et d'entraîner un financement complémentaire.

Ainsi, cette catégorie d'anciens exploitants restait anormalement défavorisée en la forme définitive de l'article 1106-3°.

Mais les effets regrettables de ce texte sont maintenant considérablement atténués par la loi de Finances du 22 décembre 1962 (23) qui ménagea aux anciens exploitants une faculté de rachat de 5 années de cotisations, ou de la différence entre le nombre de cotisations payées et 5 ans (24). L'ancien exploitant (qui avait cotisé moins de cinq ans, et se trouvait de ce fait exclu du bénéfice de l'A.M.EX.A.) devient, en exerçant la faculté de rachat, titulaire de la retraite, et se trouve de ce fait même, assujetti à l'A.M.EX.A.

Cet aménagement reste néanmoins un palliatif insuffisant, puisque le caractère facultatif du rachat se répercute évidemment sur l'assujettissement à l'A.M.EX.A.

Restait une catégorie particulière d'aides familiaux, membres de la famille de l'exploitant, dont l'assujettissement à l'A.M.EX.A. demeurait théoriquement impossible au titre de l'article 1106-1-3°; certains aides âgés, ayant donné lieu à cotisations au régime vieillesse moins de 5 ans, pouvaient bénéficier de l'allocation, sans jamais avoir droit au rachat de la retraite, puisqu'ils n'avaient pas la qualité de chef d'exploitation.

Le chef d'exploitation aurait dû les déclarer au titre d'aides familiaux (à condition toutefois qu'ils continuent à participer effectivement à la mise en valeur de l'exploitation) pour les faire bénéficier du régime maladie. Mais les cotisations auraient été plus élevées, et les tentatives de fraude fréquentes. Il fut admis, pour supprimer cette inégalité, que le rachat des cotisations manquantes pourrait avoir lieu : il peut sembler illogique de devoir racheter une allocation déjà acquise, mais cette faculté n'est ménagée que pour procurer à l'intéressé le bénéfice de l'A.M.EX.A. Il aurait évidemment été plus simple de modifier clairement en conséquence l'article 1106-1-3°. Toutefois, certains aides familiaux qui n'avaient pas droit à l'allocation vieillesse pour raison de ressources, bien qu'ayant 15 ans d'activités agricoles, ne sont pas admis à un rachat qui ne pourrait en toute hypothèse leur ouvrir droit à l'allocation vieillesse.

Ils sont donc privés de la possibilité d'adhérer au régime d'A.M.EX.A.

(23) Complétée par D. 63-242 du 9 mars 1963.
(24) Article 9, VI, de la loi du 22 décembre 1962.

Ajoutons, enfin, sur un plan général qu'il convient éventuellement de retenir, pour le calcul de ces cinq années de cotisations vieillesses, les périodes de versement à l'assurance facultative agricole, les périodes de versements volontaires de cotisations au régime de l'assurance vieillesse agricole, ainsi que les périodes ayant donné lieu à exonération de la cotisation cadastrale ou individuelle du régime assurance vieillesse agricole, lorsque l'intéressé a exercé une activité agricole non salariée à titre principal pendant les périodes considérées.

Section IV

LES CONJOINTS ET MINEURS DE 16 ANS

« Sont assujettis à l'A.M.EX.A., selon l'article 1106, § 4, les « conjoints et enfants mineurs de 16 ans à la charge des uns et des « autres. »

§ 1. — Les conjoints.

Les principaux problèmes relatifs à l'assujettissement de ces personnes se posent presque toujours au sujet des conjoints des chefs d'exploitation ou d'entreprise, et sont liés soit au régime matrimonial des époux, soit à la modification de leur état conjugal ou de leur régime matrimonial.

I. — Pour rechercher quelles peuvent être les différentes situations du conjoint, il nous faut reconsidérer l'hypothèse de l'exploitant exerçant à titre principal une activité non salariée non agricole et par suite, exclu en fait de l'A.M.EX.A. Comment peut être alors déterminée la situation du conjoint de cet exploitant en regard de la loi de 1961, lorsque parallèlement à l'activité du mari, le ménage met en valeur une exploitation ? Notamment, l'épouse peut-elle être considérée elle-même comme chef d'exploitation ?

Il convient, dans tous les cas, d'attribuer la qualité d'exploitant à celui des deux conjoints qui détient également le pouvoir d'administration de l'exploitation agricole.

Or le mari reste administrateur des biens communs (art. 1421 nouveau du Code civil) (25) en régime de communauté, et des biens dotaux (26) en régime dotal maintenant supprimé.

Par contre, la femme dispose pleinement de l'administration de ses propres en régime communautaire (art. 1428 nouveau), administre

(25) Loi du 13-7-65 portant réforme des régimes matrimoniaux.
(26) Article 1549 ancien du Code civil.

en outre ses biens personnels en régime de séparation de biens (art. 1536 ancien et nouveau) et ses biens paraphernaux en régime dotal (1576 ancien C.C.). La femme séparée de biens peut toujours confier à son mari l'administration de ses biens personnels (27) (art. 1539 nouveau C.C.). Dès lors que le mari détient le pouvoir d'administrer l'exploitation agricole commune, il ne peut être assujetti à l'A.M.EX.A. en application du dernier paragraphe de l'article 1106-1, lorsqu'il exerce à titre principal une activité professionnelle non salariée non agricole.

Vu les termes de l'article 24 *b* du décret 61-295 du 31-III-61, sa femme et ses enfants mineurs sont de même exclus du champ d'application de l'assurance. La même solution est à retenir si l'administration de l'exploitation propre à la femme, en vertu d'un contrat matrimonial de séparation de biens, a été confiée au mari en application de l'article 1539 du Code civil.

C'est donc seulement lorsque la femme dispose de l'administration de ses biens personnels, qu'elle doit être considérée, en regard du régime de l'A.M.EX.A., comme chef d'exploitation, sans distinction selon qu'elle vit et travaille sur l'exploitation, ou qu'elle réside hors de l'exploitation et fait valoir son bien directement ou en métayage. Dans ces hypothèses, la femme doit être assujettie à l'A.M.EX.A., son mari demeurant exclu à titre personnel. Ajoutons que les enfants mineurs de 16 ans sont, dans ce cas, assujettis à l'assurance en qualité d'ayants droit de leur mère.

Une autre difficulté peut se présenter pour l'épouse d'un exploitant, si elle possède des biens propres dans un département différent de celui où se situe l'exploitation de son mari. Selon les principes posés, l'on peut distinguer deux cas :

— En régime de séparation de biens, sans disposition particulière de l'article 1539 du Code civil, chaque époux est immatriculé séparément dans le département où est située l'exploitation.

— En présence d'une disposition particulière de l'article 1539 du Code civil, seul le mari sera assujetti comme chef des deux exploitations et immatriculé dans le département où est situé l'établissement principal. L'épouse sera donc assurée au titre de conjointe. Le revenu cadastral retenu sera le revenu global des deux exploitations.

— Reste à évoquer le cas de l'épouse dont le conjoint, tout en dirigeant accessoirement une exploitation agricole, est salarié et affilié comme tel au régime de Sécurité sociale.

La situation du conjoint sera la suivante :

(27) Les règles du mandat sont alors applicables.

— Si l'épouse ne participe pas à la mise en valeur de l'exploitation, elle relève du chef de son mari de la Sécurité sociale (28). En conséquence, elle ne versera aucune cotisation, et n'aura pas droit aux prestations de l'A.M.EX.A.

Si l'épouse consacre son activité aux travaux de l'exploitation agricole, elle est écartée du régime de Sécurité sociale (29) et bénéficie du régime A.M.EX.A.

II. — Certaines difficultés ont pu se poser, par suite de modification des biens conjugaux.

Considérons le cas du conjoint du chef d'exploitation, séparé de corps, ne vivant pas et ne travaillant pas sur l'exploitation : l'on avait cru devoir (30) l'exclure du bénéfice de l'A.M.EX.A., réserve faite du cas de l'époux en société. Une telle position, à notre sens mal fondée, était motivée par le fait que le conjoint devait, pour être assujetti, vivre sur l'exploitation. Or, une telle condition n'est requise que pour l'assujettissement des aides familiaux (art. 1106-1-2° C. rural). Une confusion fut donc commise sur ce point précis; bref, doit être considéré comme conjoint assujetti à l'A.M.EX.A. l'époux (ou l'épouse) non divorcé, même s'il est séparé de corps.

La même solution doit évidemment être retenue en cas de séparation de biens. Si les conjoints sont en instance de divorce, le mariage continue à produire tous ses effets, tant que n'est pas intervenue la décision de justice prononçant le divorce. S'il s'agit par exemple d'un jugement autorisant l'épouse à résider séparément, elle bénéficie de l'A.M.EX.A. au titre de son mari, même si elle ne vit pas sur l'exploitation.

III. — La loi portant réforme des régimes matrimoniaux a prévu, entre autres innovations, la possibilité pour les époux de modifier, sous contrôle judiciaire, leur régime matrimonial (31). L'attribution de la qualité d'exploitant peut donc varier désormais en conséquence, selon que l'un ou l'autre des époux dispose du pouvoir d'administrer l'exploitation.

Nous avons analysé ainsi les principales questions relatives à l'assujettissement des conjoints de chefs d'exploitation.

La situation des conjoints des autres personnes visées aux paragraphes 2 et 3 de l'article 1106 ne pose pas de difficultés et reste liée aux conditions générales d'assujettissement requises pour chaque catégorie intéressée.

(28) Article L. 285 du Code de la Sécurité sociale.
(29) Article 7, D. 294 du 31-3-61.
(30) Colloque des inspecteurs des lois sociales en agriculture, ayant donné suite à une circulaire 44 du 8-8-61 du Min. de l'Agriculture.
(31) Article 1397 du nouveau Code civil.

§ 2. — Les enfants mineurs de 16 ans.

Sont ainsi visés les enfants mineurs de 16 ans à la charge de chaque personne bénéficiant du régime, ce à quelque titre que ce soit (32).

La disposition comprend tous enfants mineurs de moins de 16 ans, légitimes, naturels, reconnus ou non, recueillis, adoptifs, ou pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur.

De plus, l'article 1106-4 assimile aux mineurs de 16 ans :

a) ceux de moins de 20 ans poursuivant leurs études dans des établissements autres que ceux déterminés pour l'application des articles 565 et 575 du Code de la Sécurité sociale.

Comme en matière d'allocations familiales, il faut entendre par « poursuite d'études », le fait pour l'enfant de fréquenter pendant l'année scolaire un établissement où lui est dispensée une instruction générale ou technique, ou encore professionnelle, et qui doit comporter des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telle que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels, ou de carrières publiques ou privées, dans des établissements d'enseignement n'entraînant pas leur affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants. De telles études sont incompatibles avec tout emploi salarié.

Par ailleurs, il avait paru nécessaire, lors des discussions du projet de loi à l'Assemblée nationale, d'assimiler aux mineurs de 16 ans les enfants de moins de 17 ans (33) effectuant régulièrement leur apprentissage et non couverts par un autre régime obligatoire d'assurance maladie : ils sont, du reste, considérés comme enfants à charge au titre de la législation relative aux prestations familiales agricoles (34). A noter qu'une telle extension ne viserait que les enfants mineurs de 18 ans, placés sous déclaration d'apprentissage, mais l'accomplissant dans leur famille : en effet, en régime agricole, les enfants de 16 à 18 ans sont automatiquement couverts par les Assurances sociales des salariés, s'ils accomplissent leur apprentissage en dehors de l'exploitation familiale.

Il avait donc semblé injuste que les mineurs de 16 à 18 ans, du seul fait qu'ils soient apprentis dans leur famille, n'entrent pas dans le cadre de l'article 1106-4. Mais le gouvernement dut s'opposer à la création de cette catégorie supplémentaire, en raison de l'accroissement des charges financières qu'elle entraînerait.

(32) Le mineur de 16 à 21 ans a qualité d'aide familial mineur : il devient évidemment aide familial majeur après 21 ans. (Le montant des cotisations est différent, selon qu'il s'agit d'un aide familial mineur, ou d'un aide familial majeur.)

(33) Actuellement 18 ans, selon décret 62-12/69 du 30-10-62.

(34) Rapport Denis, *J.O.*, A.S., 13-7-60, p. 1894.

Ainsi, en l'état du texte, la situation d'un mineur de moins de 18 ans placé sous déclaration d'apprentissage dans sa famille, sera la suivante :

— âgé de moins de 16 ans, il bénéficiera de l'A.M.EX.A. en qualité d'enfant de moins de 16 ans du chef d'exploitation ou d'un aide familial assujetti ;

— âgé de plus de 16 ans, il en bénéficiera seulement comme aide familial mineur. La cotisation sera calculée alors en fonction de cette qualité, alors que le mineur de 16 ans, comme nous le verrons, ne donne pas lieu à cotisation.

b) ceux de moins de 20 ans qui, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, sont dans l'impossibilité totale ou contrôlée de se livrer à une activité rémunératrice.

Section V

MEMBRES NON SALARIES DE SOCIETES AGRICOLES

L'article 1106 § 5 vise enfin cette catégorie particulière des « membres non salariés de toute société, quelle qu'en soit la forme de dénomination, ainsi qu'à leurs conjoints et enfants mineurs, lorsque les membres consacrent leur activité pour le compte de la société à une exploitation ou entreprise agricole située sur le territoire métropolitain, lesdites sociétés étant assimilées, pour l'application du présent chapitre, aux chefs d'exploitation ou d'entreprise visés en § 1er du présent article ».

§ 1. — Objet.

Ce texte n'avait pas été prévu initialement dans le projet présenté par le gouvernement, et fut inséré à l'article 1106-1 sur amendement déposé au cours des débats parlementaires (35). Il était en effet apparu que l'article 1106-1 était entièrement axé sur la notion de chef d'exploitation ou d'entreprise et ne semblait pas viser les agriculteurs membres non salariés de diverses sociétés.

Or, la formation d'associations entre les agriculteurs, de plus en plus fréquentes, était en 1960 (36) et reste préconisée.

L'on pouvait craindre qu'en cas d'association de deux agriculteurs, ceux-ci ne perdent le bénéfice de prestations se référant par exemple

(35) *J.O.* A.N., n° 49 (suite) 13-7-60, p. 1894.
(36) Loi d'orientation agricole de 1960.

au cas des deux artisans qui s'associent, et n'ont droit pour autant qu'à un compagnon et un apprenti. Par mesure de garantie, de précaution, ce texte fut donc adopté.

Les conditions d'assujettissement des membres non salariés de sociétés sont claires : ils doivent exercer pour le compte de la société une activité consacrée à une des exploitations ou entreprises agricoles énumérées précédemment, et n'être pas salariés de la société.

§ 2. — Cas particuliers liés à la nature des sociétés.

Les sociétés relevant des professions agricoles peuvent être constituées sous des formes très diverses. Outre les sociétés civiles, et les sociétés en nom collectif, les sociétés agricoles peuvent être des S.A.R.L., des sociétés en commandite simple ou par actions, ou des sociétés anonymes. La question s'est posée de savoir si le terme de société devait s'entendre au sens purement juridique, ou dans un sens plus large, comprenant certaines associations de droit ou de fait, congrégations religieuses, etc.

Sous réserve de l'appréciation des tribunaux, l'on considère que le terme de société employé à l'article 1106-1-5° peut être entendu dans un sens large comme à l'article 8 du décret du 18-X-1952, lequel fait état des « personnes non salariées participant effectivement aux travaux d'une exploitation collective de droit ou de fait ».

Parmi les sociétés de droit, l'on rencontre celles qui sont administrées par un ou plusieurs membres dirigeants ayant la qualité de travailleurs non salariés, et celles qui sont exploitées par un personnel exclusivement salarié.

Dans la première hypothèse, le gérant majoritaire d'une société agricole constituée sous forme de S.A.R.L. est assujetti à l'A.M.EX.A. dès lors qu'il ne peut être considéré comme salarié. Au cas où cette S.A.R.L. comporte plusieurs gérants, la situation de ces derniers peut être déterminée par l'ensemble des parts qu'ils possèdent, étant précisé que les parts appartenant en toute propriété ou en usufruit au conjoint et aux enfants mineurs non émancipés d'un gérant sont considérées comme lui appartenant. Bref, si les gérants d'une S.A.R.L. agricole ne sont pas assimilables à des salariés, ils relèvent du régime d'A.M.EX.A.

La seconde hypothèse concerne la S.A.R.L. sans gérant majoritaire et la société anonyme. Le gérant minoritaire (37) d'une S.A.R.L., s'il est salarié, relève du régime d'assurance sociale agricole obligatoire.

(37) Le gérant S.A.R.L. est dit « minoritaire » lorsqu'il ne détient pas au moins la moitié des parts sociales.

Il en est de même pour le président-directeur général (38) d'une société anonyme qui est immatriculée au régime des salariés agricoles. La situation des gérants minoritaires, quant à l'assurance maladie obligatoire, peut poser des questions particulièrement complexes en raison de conflits de régimes qui se révèlent souvent.

Evoquons par exemple le cas d'un gérant minoritaire d'une S.A.R.L. dont l'activité s'exerce uniquement dans le sens de la transformation et de l'écoulement de produits agricoles. Doit-il être affilié au régime de Sécurité sociale de droit commun, dès lors que sa fonction de gérant n'est que l'accessoire d'une activité agricole exclusive ?

Il ne peut être affilié au régime général de la Sécurité sociale applicable aux professions non agricoles que dans la mesure où la Société dont il fait partie couvre des activités relevant du secteur industriel ou commercial. Or la loi du 13-XII-1922 étendant aux exploitations agricoles la législation A.T. disposait que « doivent être considérés de nature agricole les exploitations d'élevage, les bureaux, dépôts, ou magasins de vente se rattachant à des exploitations agricoles, lorsque cette exploitation constitue ce principal établissement ».

Une S.A.R.L. ayant pour objet de commercialiser les produits agricoles cultivés ou récoltés par ses membres aura donc le caractère d'une entreprise agricole si elle n'est que l'accessoire des activités de nature agricole exercées par la société.

Si le gérant minoritaire est salarié, il sera immatriculé à l'assurance sociale agricole. Dans le cas contraire, il sera assujetti à l'A.M.EX.A.

Des sociétés civiles ou associations de fait, nous prendrons pour exemple les congrégations religieuses : il paraît bien que les religieux qui ne participent pas à la mise en valeur de l'exploitation, et pour autant qu'ils soient bien discriminés, ne sont pas assujettis à l'A.M.EX.A. Les conditions d'assujettissement, pour cette catégorie de personnes, se ramènent en fait à celles prévues au § 1 de l'article 1106-1.

(38) Ce, conformément à la loi du 28 mai 1955, disposant que les P.D.GX. rémunérés par la Sté sont obligatoirement affiliés à la Sécurité sociale.

CHAPITRE II

LE FINANCEMENT

La loi consacre au financement, les articles 1106-6, 7 et 8 du Code rural.

Nous consacrerons une section préliminaire à l'étude des problèmes généraux qui se posèrent pour asseoir le financement de l'assurance maladie des exploitants.

Puis nous traiterons successivement des cotisations, de la participation de l'Etat, et des exemptions totales de cotisations.

Section Préliminaire

§ 1. — Le revenu cadastral.

Nous avons été amenés à faire allusion précédemment, au « Revenu cadastral ». Il est indispensable de définir et de préciser cette notion de revenu cadastral, critère d'ordre fiscal auquel il faut se référer constamment pour l'étude du financement de l'A.M.EX.A.

Dans le cadre des régimes agricoles, le revenu cadastral sert en particulier à asseoir les cotisations d'allocations familiales, les cotisations d'assurance vieillesse, et à établir le fonds national de solidarité agricole. Dans le régime A.M.EX.A., le même critère sera retenu pour déterminer la participation de l'Etat aux cotisations de certains affiliés.

Théoriquement, le revenu cadastral est le revenu du propriétaire des terres affermées ou baillées à métayage.

Pratiquement, le revenu cadastral servant de base d'imposition est égal à la valeur locative des propriétés, diminuée de 20 %. Cette

valeur locative, qui ne doit pas être confondue avec le produit net de la terre, est déterminée pour chaque parcelle, lors de la révision des évaluations foncières, d'après un tarif d'évaluation établi dans chaque commune. Ce tarif est fixé par nature de culture ou de propriété — et le cas échéant par classe — par le représentant de l'administration assisté de la Commission communale des impôts directs, ou à défaut, par la Commission départementale. Il est affiché en mairie. Dans les deux mois de l'affichage, il peut être contesté devant la Commission centrale, soit par le maire, soit par le directeur des impôts. Il peut également, dans certains cas, être contesté par les contribuables. Le classement des parcelles par nature de culture ou de propriété et par classe, est également effectué par le représentant de l'administration avec le concours de la Commission communale. En cas de désaccord, il est arrêté par le directeur des impôts.

Actuellement, les communes sont réparties en deux groupes, suivant que le cadastre s'y trouve ou non rénové. En effet, les anciennes évaluations servant de base à la contribution foncière, avaient été fixées avant la guerre 1914-1918 et n'étaient plus assez proches de la réalité pour pouvoir être retenues plus longtemps sans de graves inconvénients. Une révision exceptionnelle avait donc été prescrite par la loi du 16 avril 1930 (art. 2) : mais les longs retards encourus par suite des difficultés techniques de l'opération, conduisirent le législateur à instituer sous le nom de « Révision accélérée », une solution transactionnelle dont les résultats ont servi de base à l'impôt à partir de 1953 (1).

L'on distingue donc les communes à cadastre rénové, et les communes à ancien cadastre.

Les revenus cadastraux actuellement en vigueur résultent de la révision générale des propriétés non bâties, qui a été effectuée, sur la base des valeurs locatives à la date du 1er janvier 1961, en application de l'ordonnance du 7 janvier 1959; ils ont servi de base pour la première fois en 1963 à la contribution foncière.

§ 2. — Répartition des dépenses entre la profession et la Nation.

La première question posée au sujet du financement de l'A.M.EX.A. fut celle d'une participation de l'Etat au paiement des cotisations.

La solidarité nationale pouvait-elle être amenée à jouer et, le cas échéant, dans quelle mesure (2) ? Autrement dit, le monde de

(1) Loi du 13-5-1948 (art. 27 et 28) devenus les articles 1405 et 1406 du C.G.I.).
(2) *J.O.*, 14-X-60 (suite) n° 43 s. p. 1248 (exposé O. Bajeux, rapporteur de la Commission des affaires économiques et du plan).

l'agriculture devait-il supporter seul la totalité des charges financières, ou bien pouvait-il s'en trouver partiellement déchargé par l'apport d'une participation extérieure ?

Les raisons militant en faveur d'une large intervention de cette solidarité nationale étaient et sont encore multiples. Fut invoquée d'abord cette créance maintes fois affirmée, de l'agriculture à l'égard de la Nation. Des milliers de jeunes agriculteurs quittent en effet chaque année la terre pour entreprendre des activités nouvelles, notamment dans l'industrie. La Nation bénéficie de leur travail, mais la charge de leur éducation et de leur entretien n'a pesé que sur le monde agricole, en particulier quant aux soins, frais médicaux et autres exposés durant leur enfance et leur adolescence. L'agriculture, a-t-on dit, est « le réservoir de main-d'œuvre où puise l'industrie », seulement quand les enfants ne sont plus à charge.

L'on fit valoir ensuite que la solidarité nationale jouait déjà dans le régime général de Sécurité sociale. En effet, tout citoyen achetant un article quelconque, règle dans le prix d'achat les charges sociales qui s'y trouvent incluses, et qui représentent les cotisations patronales versées par les employeurs-producteurs pour le compte de leurs salariés. Il serait juste, en conséquence, que les prix agricoles soient calculés de manière analogue chaque fois qu'il est possible (3). L'on releva de plus, à propos des paysans défavorisés et titulaires avant 1961 de l'assistance médicale, que l'A.M.EX.A. devait provoquer un allègement des charges des collectivités, communes ou départements. Il s'agissait bien d'un transfert de sommes fort importantes incombant jusqu'alors auxdites collectivités. Ajoutons enfin que l'esprit même de la loi d'orientation agricole de 1960 apportait un argument de plus en faveur de la solidarité nationale (4). Cette parité souhaitée dans le cadre de la politique sociale, voulait que l'on prévît, pour le financement de l'A.M.EX.A., une solidarité équivalente à celle du régime général de Sécurité sociale.

Ainsi, pour tous ces motifs, le principe d'une participation de l'Etat (prévu d'ailleurs dans le projet gouvernemental et dont les modalités furent jugées d'emblée insuffisantes) se justifiait pleinement.

Nous préciserons plus loin comment s'exerce cette participation.

(3) Cf. article 31, L. d'orientation agricole de 1960.

(4) Article 1, L. d'orientation agricole de 1960 : « La L. d'orientation de l'agriculture française a pour but, dans le cadre de la politique économique et sociale, d'établir la parité entre l'agriculture et les autres activités économiques. »

§ 3. — Répartition à l'intérieur de la profession.

La seconde question relative au financement fut celle de la répartition entre les agriculteurs de la part de cotisation restant à leur charge après déduction de la part de l'Etat. Il s'agissait, autrement dit, de déterminer l'assiette des cotisations. Les débats parlementaires furent ici passionnées : sans citer nombre d'amendements et de sous-amendements, souvent très peu différents, et d'intérêt purement rétrospectif, nous nous bornerons à exposer les deux thèses qui se trouvèrent en présence.

D'une part, le système du gouvernement : l'assujetti règle une cotisation, individuelle ou familiale, en tout cas uniforme. Toutefois, l'Etat intervient, et allège la part incombant aux petites exploitations, dont le revenu cadastral est inférieur à 400 F (5).

D'autre part, un système suivant lequel l'on devrait, indépendamment de la participation de l'Etat, distinguer deux types de cotisations : l'une, individuelle ou familiale, la même pour tous, l'autre à caractère progressif, sorte de supercotisation plafonnée, qui serait fonction soit du revenu cadastral, soit d'un autre critère.

Les partisans de cette seconde solution s'appuyaient avant tout sur une raison de justice sociale, estimant indispensable de faire appel aux facultés contributives de chaque agriculteur selon l'importance de son exploitation. En 1961, 800.000 exploitations de moins de 5 hectares couvraient à peine plus de 5 % de la superficie totale des exploitations, et faisaient vivre 2.200.000 personnes : la charge de l'assurance semblait donc retomber lourdement sur la petite exploitation familiale.

D'autres arguments furent invoqués pour fonder le principe de la double cotisation, tels ceux tirés de la comparaison avec d'autres régimes sociaux. Dans le régime général de la Sécurité sociale, les salariés règlent une cotisation proportionnelle au montant de leur rétribution. De même, le régime vieillesse agricole repose sur le principe de la double cotisation, l'une individuelle, l'autre cadastrale. Les partisans du premier système firent observer, à juste titre, que l'A.M.EX.A. tend à couvrir un risque strictement personnel, l'objet de l'assurance n'étant pas l'exploitation, mais bien l'exploitant et sa famille. Les risques « maladie » étant identiques pour tous, les cotisations doivent logiquement se trouver identiques.

Telle était bien l'opinion de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles, et de la Mutualité agricole.

De plus, quant à la comparaison avec d'autres régimes, il convient de ne pas perdre de vue que si l'indemnité journalière, en régime

(5) Revenu cadastral révisé : 1280,01 F.

de Sécurité sociale, et les retraites, en régime vieillesse, sont bien fonction des cotisations, il ne saurait en être de même pour l'A.M.EX.A., puisque les prestations sont les mêmes pour tous, et n'incluent justement pas d'indemnités journalières.

A noter d'ailleurs que les cotisations « Sécurité sociale » sont rapidement plafonnées.

En outre, les paysans les moins aisés ne se trouvaient pas être les plus défavorisés, puisque la participation de l'Etat devait normalement s'exercer à leur profit.

Enfin, l'on fit valoir que le système de la double cotisation ne pouvait qu'être fort mal accueilli par les exploitants aisés ou moyennement aisés, dont un grand nombre avait souscrit des assurances facultatives de type « individuelle maladie, ou protection familiale » : ces personnes auraient difficilement admis de payer des cotisations souvent plus lourdes, dans le régime obligatoire institué par la loi, que celles facultatives, et parfois pour des garanties moindres.

Les partisans de la cotisation uniforme l'emportèrent, et le projet gouvernemental prévalut.

Section I

LES COTISATIONS

§ 1. — Taux.

Depuis la loi sur l'A.M.EX.A., plusieurs régimes ont été institués, soit un chaque année. Nous n'étudierons ici que le dernier en date, valable pour l'année 1965 (6).

Les cotisations sont effectuées d'une part au service des prestations, d'autre part aux dépenses dites « complémentaires ». Destinées au Service des prestations, les cotisations sont dites « techniques ». Celles-ci ont été quelque peu relevées par rapport au régime de 1964 pour tenir compte de l'augmentation des dépenses médicales exposées par les familles assurées.

Affectées aux dépenses complémentaires, ces cotisations dites « complémentaires », n'ont pas varié par rapport au régime valable en 1964.

Les dépenses complémentaires comprennent les frais de gestion proprement dits (7), une participation aux frais de l'organisme-pivôt (Mutualité sociale agricole) (8) et un prélèvement au bénéfice

(6) D. n° 65-553 du 9-7-1965, publi. *J.O.*, 10-7-1965.
(7) Voir *infra*, II[e] Partie, chap. I, sect. III, § III.
(8) M.S.A., voir *infra*, II[e] Partie, chap. I, § 1[er].

du fonds d'action sanitaire et social. Les pourcentages de participation fixés par décret varient chaque année. Le montant des cotisations diffère selon qu'il s'agit d'un chef d'exploitation, d'un aide familial majeur ou mineur, d'un retraité ou d'un allocataire (9). Partant de la cotisation du chef d'exploitation, il apparaît que celle de l'aide familial majeur s'élève aux 2/3 de celle-ci, celle de l'aide familial mineur et du retraité vieillesse agricole au 1/3, et celle de l'allocataire vieillesse agricole au 1/6. Une cotisation particulière est prévue par ailleurs, en faveur d'assujettis bénéficiant de l'Allocation du Fonds spécial géré par la Caisse des dépôts et consignations (10).

Précisons enfin que la situation de l'assuré au 1er janvier de l'année en cours détermine la catégorie de la cotisation dont il est redevable.

§ 2. — Versement et sanctions (art. 1106-12. C.R.).

Les cotisations sont dues en totalité pour toute l'année civile, dès lors que l'assuré remplit les conditions d'assujettissement au 1er janvier de l'année considérée, et doivent être versées à l'organisme d'assurance auquel l'assuré est affilié.

Les chefs d'exploitation sont responsables du versement pour eux-mêmes, et leurs aides familiaux, les sociétés pour leurs membres, et les titulaires d'allocation ou de retraite vieillesse agricole pour eux-mêmes.

Les cotisations peuvent être réclamées annuellement ou semestriellement, chaque demande fixant la date limite d'exigibilité et payées par tous moyens, y compris, pour les allocataires ou retraités du régime vieillesse agricole, par retenues sur les arrérages qui leur sont dus (11).

Les chefs d'exploitation disposent d'un délai de deux mois après l'échéance limite pour régulariser leur situation, avant d'encourir les sanctions prévues.

Les cotisations non versées dans les deux mois qui suivent la date d'exigibilité sont majorées de 10 %. Une pénalité supplémentaire de 10 % est appliquée au terme d'un délai de 12 mois à compter de l'application de la première pénalité, et se trouve semblablement renouvelée tous les douze mois. La remise gracieuse de ces majora-

(9) Cf. tableau des cotisations 1965, fin du présent chapitre.

(10) Personnes âgées de plus de 65 ans ou de 60 ans en cas d'inaptitude, et qui ne relèvent d'aucun régime d'assurance vieillesse (cf. Section III « Exonération des cotisations »).

(11) Art. 4 du D. 61-294 du 31 mars 1961 (modifié). Cette disposition n'intéresse que la Caisse de M.S.A. (cf. IIe Partie).

tions peut être consentie (12). Quand les cotisations et pénalités dues n'ont pas été payées, les assurés sont exclus du bénéfice de l'assurance à l'expiration d'un délai de six mois (13) suivant la mise en demeure qui leur est faite par lettre recommandée avec A.R., leur enjoignant de payer les cotisations et portant mention de cette exclusion du droit aux prestations. Ce droit n'est rétabli pour l'avenir qu'à partir du jour où toutes les cotisations échues et la pénalité ont été versées. Par ailleurs, nul ne peut bénéficier des avantages d'ordre économique accordés aux agriculteurs (14), s'il ne justifie d'une situation régulière en regard de l'A.M.EX.A.

Les cotisations, enfin, se prescrivent par 5 ans à compter de l'expiration de l'année civile au titre de laquelle elles étaient dues.

Section II

LA PARTICIPATION DE L'ETAT

§ 1. — Le mode d'exercice.

La participation de l'Etat consiste, pour ceux qui peuvent en bénéficier, en une réduction des cotisations normales.

L'Etat ne reverse pas aux organismes assureurs la différence entre les cotisations effectives et celles réduites, mais s'attache à résoudre le déficit global technique.

Il s'agit actuellement d'une participation indirecte, alors que, en 1961-1962, l'Etat créditait les assureurs des compléments de cotisations. Notons d'abord que, contrairement au régime de 1962, qui prévoyait une contribution uniforme de l'Etat aux cotisations de tous les assurés, en plus de la participation proprement dite, seules les cotisations dites techniques peuvent faire l'objet d'une réduction.

Le déficit global technique est pris en charge par le budget annexe des prestations sociales agricoles. Le budget annuel fut institué par la loi de Finances pour l'année 1960 (15) et regroupe les trois législation des professions agricoles : assurances sociales, prestations familiales et assurance vieillesse des exploitants.

(12) Par l'Inspecteur départemental des Lois sociales en agriculture.

(13) Et bien entendu faute de paiement dans ce délai (à noter que la loi du 25-1-61 (art. 1106-12 C.R.) fait allusion à un délai de 6 mois alors que le D. 294, art. 14, alinéa 4 précise 180 j.).

(14) Détaxe sur le carburant, remise sur l'achat de matériel agricole, prêt pour l'habitat rural.

(15) Loi du 29 décembre 1959.

Depuis janvier 1960, le financement des assurances sociales a cessé d'être autonome (16).

La gestion du B.A.P.S.A., rattaché pour ordre au budget général de l'Etat, est confié au ministre de l'Agriculture assisté d'un comité de gestion (17). Ce comité (18) est chargé de donner son avis sur le projet de budget, d'en contrôler l'exécution, de présenter toutes suggestions et observations sur la gestion du régime, et de contrôler les dépenses complémentaires des Caisses.

§ 2. — Conditions requises pour bénéficier de la réduction (art. 1106.8 C.R.).

Le bénéfice d'une exonération partielle de leurs cotisations techniques est accordé aux assurés qui remplissent les conditions suivantes :

1° L'intéressé doit vivre sur l'exploitation ou entreprise et participer à sa mise en valeur.

2° Le revenu cadastral de l'exploitation ou entreprise doit être inférieur à F : 400 pour les communes à ancien cadastre, et à F : 1.280 pour les communes à cadastre révisé.

3° L'intéressé doit tirer ses moyens d'existence de son travail sur l'exploitation ou entreprise, sans qu'il y ait lieu toutefois de tenir compte des ressources qu'il se procure par l'exercice d'une activité non salariée accessoire à l'exploitation et exercée sur celle-ci, ou par l'exercice d'une activité salariée (agricole ou non agricole).

Il n'y a pas lieu non plus de tenir compte des retraites d'anciens combattants et des rentes viagères, dès lors que les ressources qu'elles procurent n'excèdent pas le montant minimum de la retraite vieillesse agricole.

§ 3. — Le revenu cadastral, critère de la réduction.

A propos de la répartition des dépenses à l'intérieur de la profession, nous avons exposé le système de cotisation progressive et plafonnée : un désaccord s'était déjà fait jour, entre les partisans de ce système, sur la nature du critère en fonction duquel une telle cotisation devait être basée. Le projet gouvernemental, soit celui de la cotisation uniforme assorti d'une réduction au bénéfice des petits exploitants, ayant en définitive prévalu, nous retrouvons la même

(16) Le B.A.P.S.A. fut en effet substitué à l'ancien budget annexe des prestations familiales agricoles.

(17) Article L. 1003-1 Code rural.

(18) Créé par D. du 15-7-60.

querelle sur le choix d'un critère admissible du droit à cette réduction.

Le gouvernement proposa initialement de se référer au revenu cadastral, ce qui fit l'objet de nombreuses critiques.

Les adversaires du projet exposèrent qu'il était illogique de se référer au revenu cadastral pour rechercher quelles sont les paysans les plus défavorisés : en effet, la prospérité d'un exploitant agricole est fonction du bénéfice qu'il tire de son exploitation, plutôt qu'au revenu cadastral, assimilable comme nous l'avons précisé, au revenu du propriétaire, c'est-à-dire au fermage. Or, le fermage dépend, bien sûr, de la qualité du sol, mais aussi et surtout du marché de l'offre et de la demande des terres données à bail. S'agissant d'un pays de forte densité rurale, les prix du fermage augmenteront, mais le bénéfice de l'exploitant diminuera, puisque ses frais généraux auront été accrus. Ainsi, pour des terres de fertilité comparable, mais situées dans des régions différentes, les revenus cadastraux peuvent varier dans des proportions considérables. Et le même raisonnement peut être valable pour des terres situées dans les communes d'un même département.

Il pouvait donc sembler injuste de retenir le revenu cadastral comme critère en matière de cotisations sociales, car cela revient à fixer la contribution de chacun, non pas tant d'après son bénéfice, qu'en fonction de la charge que constitue le fermage.

C'est pourquoi l'on proposa de substituer à cette notion de revenu cadastral, celle de « bénéfice forfaitaire agricole ». Mais ce nouveau critère apparut, après étude, plus critiquable encore que le premier : en effet, un système de dégrèvement basé sur ce bénéfice agricole serait inapplicable, aucun budget ne pouvant être sérieusement fondé sur un bénéfice agricole qui varierait chaque année, certains revenus seraient de plus trop inférieurs pour assurer les cotisations.

Si, enfin, le forfait se trouve dénoncé une ou plusieurs années, soit par l'administration, soit par l'exploitant, et qu'une contestation s'ensuive entre les parties, quel peut être alors le critère utilisé pendant la durée de cette contestation ?

La plupart des agriculteurs ne sont guère familiarisés aujourd'hui encore, avec cette notion de bénéfice agricole forfaitaire, qui du reste est partiellement fonction d'éléments basés sur le revenu cadastral lui-même.

Ainsi, malgré les inconvénients signalés, le revenu cadastral fut adopté comme critère en matière de réduction de cotisations, pour la seule raison qu'il restait la référence la plus simple (19).

(19) L'article 9 de la loi du 25-1-61 prévoyait cependant que le Gouvernement devait déposer avant le 30-6-61 un projet de loi, substituant au revenu cadastral

Toutefois, l'article 1106-8 prévoit, pour tenir compte des objections formulées, que le revenu cadastral doit être « assorti d'un coefficient d'adaptation établi par décret et destiné à tenir compte, selon les départements, de la disparité du prix de location des terres de productivité semblable ».

Le revenu cadastral à retenir pour l'application de l'exonération partielle est celui afférent à l'exploitation ou entreprise, au 1er janvier de l'année retenue pour l'assiette des cotisations familiales agricoles.

Reste à déterminer le revenu cadastral à retenir dans des cas particuliers. Ce sera, dans le bail à métayage, et pour le preneur, la partie du revenu cadastral correspondant à sa part dans le partage des fruits (20). Par contre, l'on doit considérer, pour le bailleur lorsqu'il vit sur l'exploitation et participe à sa mise en valeur, le revenu cadastral global de l'exploitation. En cas d'indivision, l'on retient à l'égard du coïndivisaire, la partie du revenu cadastral correspondant à sa part (21).

Pour les membres non salariés de sociétés agricoles, et pour les coexploitants (22), l'on retient le revenu cadastral afférent à la part de l'intéressé dans l'exploitation, lorsqu'une telle solution est retenue pour le calcul des cotisations d'allocations familiales agricoles.

Dans l'hypothèse d'une pluralité d'exploitations dirigées par le même chef-exploitant, l'on retient le revenu global des exploitations qu'il met en valeur.

Au cas où l'intéressé exerce plusieurs activités agricoles, l'on retient également l'ensemble de ces activités, pour déterminer la réduction éventuelle de cotisations. Pour fixer le revenu cadastral correspondant à chaque activité, l'on applique, le cas échéant, les règles d'équivalence retenues en matière de cotisations complémentaires d'allocations familiales agricoles.

Enfin, le revenu cadastral à retenir vis-à-vis des membres de groupements agricoles d'exploitation en commun, reconnus comme tels par le Comité départemental d'agrément, est le revenu cadastral correspondant à leur part virile dans les terres mises en valeur par le groupement.

un autre mode d'assiette des cotisations des régimes sociaux agricoles. A ce jour, aucun critère meilleur ne semble avoir été découvert, puisque aucun projet de loi n'a encore été déposé.

(20) Réponse 11.702/1962 du ministre de l'Agriculture à M. Harret, député.

(21) Réponse 11.910/1962 du ministre de l'Agriculture à M. Gaselle, député.

(22) Lettre I.22.A 531 du 23 novembre 1962 adressée au Président de la Fédération nationale de la Mutualité française par le ministre de l'Agriculture.

§ 4. — Taux de réduction.

Les cotisations dues du chef d'un assuré, assujetti comme chef d'exploitation, d'aide familial ou de membre de société, sont réduites en fonction du revenu cadastral de l'exploitation ou entreprise, dès que l'intéressé remplit les conditions requises.

Quatre classes de revenu cadastral ont été retenues soit de 0 à 120 F (cadastre révisé : 384 F), de 120 à 200 F (cadastre révisé de 384 à 640 F), de 200 à 250 F (cadastre révisé de 640 à 800 F) et de 250 à 400 F (cadastre révisé : 800 à 1.280 F), le taux de réduction retenu comme étant le plus élevé (62 % en 1965) correspond évidemment à la classe de revenu cadastral la plus faible, et décroit, en fonction de la classe visée, de 62 % à 40 %, 16,50 % et 11 % (23).

Section III

EXONERATION DES COTISATIONS
(art. 1106-7, 1°).

Le législateur a prévu le bénéfice d'une exemption totale de cotisations pour les personnes suivantes :

I. — Les titulaires de la retraite ou de l'allocation de vieillesse agricole visés à l'article 1106-1-3°, qui bénéficient de l'allocation supplémentaire du Fonds National de solidarité, même lorsque les intéressés continuent d'exploiter, et ce, quelle que soit l'importance de l'exploitation.

II. — Les personnes pouvant prétendre au bénéfice des prestations auprès d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie. Il en est ainsi notamment, pour les salariés permanents et les pensionnés ou rentiers de vieillesse ou d'invalidité d'un régime d'assurances sociales agricoles ou non agricole, les parlementaires ou anciens parlementaires jouissant à ce titre de leurs droits à la retraite, les membres de la société mutualiste nationale du clergé français dite « Mutuelle Saint-Martin »; il en est de même pour les invalides, veuves et orphelins de guerre bénéficiaires du régime de Sécurité sociale prévu par la loi du 29 juillet 1950 (24).

(23) Ces pourcentages sont valables pour l'année 1965.
(24) Article 6, D. 61-294 du 31 mars 1961 (mod.).

La loi exonère ainsi les personnes qui relèvent d'un autre régime obligatoire, mais sous réserve que les prestations allouées par ce régime soient au moins équivalentes à celles de l'A.M.EX.A. (25).

III. — Les conjoints et enfants de moins de 16 ans ou assimilés, à la charge des différents assurés. Toutefois, lorsque le conjoint d'une de ces personnes consacre à l'exploitation ou à l'entreprise agricole une activité professionnelle et se trouve exclu du bénéfice du régime d'assurance maladie dont relève cette personne, ce conjoint devra être pris en charge au titre de l'A.M.EX.A., et les cotisations le concernant seront dues par le chef d'exploitation. Il s'agira par exemple de la femme qui met en valeur l'exploitation agricole et dont le mari, chef d'exploitation, exerce une profession salariée, et se trouve partant, affilié au régime général : dans un tel cas, le mari devra cotiser à l'A.M.EX.A. pour sa femme, elle-même exclue du régime général.

IV. — Les chefs d'exploitations ou aides familiaux, présents sous les drapeaux, au premier jour du semestre considéré, pour eux-mêmes, leur conjoint et leurs enfants de moins de seize ans ou assimilés (26).

Le législateur a également prévu le bénéfice d'une exemption totale ou partielle en faveur des titulaires (27) de l'allocation ou de la retraite vieillesse (ayant cessé toute activité professionnelle, ou n'exploitant qu'une surface inférieure à la demie de l'exploitation type) lorsqu'ils ne bénéficient pas de l'allocation supplémentaire (28).

Enfin, les paragraphes I et II de l'article 1106-7 du Code rural ont été complétés par les dispositions (29) aux termes desquelles les exploitants agricoles qui sont titulaires de « l'allocation spéciale » peuvent prétendre soit à une exemption totale des cotisations, s'ils perçoivent au surplus l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité, soit, dans le cas contraire, à une exonération partielle.

Dans tous les cas, ces exploitants doivent justifier avoir exercé une activité exclusivement agricole au cours de leur existence. Précisons ici que l'allocation spéciale (30), qui a remplacé l'ancienne allocation aux économiquement faibles (loi du 10-7-1952) est accordée aux personnes âgées de plus de 65 ans ou de 60 ans au cas d'inaptitude, privées de ressources (31), et ne bénéficiant d'aucun avantage

(25) Article 1106-7, 3° du Code rural. Il est bien évident que, exonérées du paiement des cotisations, ces personnes ne peuvent prétendre aux prestations A.M.EX.A.

(26) Article 8-1 ajouté au D. 294 par D. 62-1496 du 28 novembre 62 (*J.O.* du 9-12-1962).

(27) Et pour leur conjoint et enfants mineurs de 16 ans.

(28) Article 1106-7, II, Code rural.

(29) Article 51, loi 64-1279 du 23-XII-1964 portant loi de Finances pour 1965.

(30) Actuellement 1.100 F par an.

(31) Plafond fixé par décret, actuellement 3.300 F par an par célibataire.

vieillesse à quelque titre que ce soit. Cette allocation spéciale est servie par les services d'aide sociale départementaux, sur des fonds mis à leur disposition par la Caisse des Dépôts.

Rappelons, en outre, que « l'allocation supplémentaire » (32) est attribuée par le Fonds national de Solidarité (33) aux personnes titulaires d'un avantage vieillesse, ou d'une pension d'invalidité, ou d'une allocation d'aide sociale aux infirmes ou aux aveugles, ou enfin de « l'allocation spéciale » précitée, et dont les ressources sont inférieures à un certain plafond (34). Cette « allocation supplémentaire est servie par l'organisme qui sert l'avantage de base. Il faut bien comprendre que ces nouvelles dispositions ne concernent que le montant des cotisations, dont pourraient être redevables ces personnes, et ne visent en aucune façon leurs conditions d'assujettissement. Il doit demeurer entendu que les titulaires de « l'allocation spéciale » ne peuvent être assimilés à des retraités ou allocataires de vieillesse agricole et assujettis à l'A.M.EX.A. en leur seule qualité de bénéficiaires de l'allocation spéciale. En conséquence, ce n'est que dans la mesure où les bénéficiaires de l'allocation spéciale remplissent les conditions d'assujettissement au régime parce qu'ils ont conservé des terres qu'ils continuent de mettre en valeur, ou qu'ils ont la qualité d'aide familial, qu'ils pourront être assujettis à l'A.M.EX.A.

(32) Actuellement de 700 F par an.
(33) Créé par la loi du 30 juin 1956.
(34) Plafond fixé par décret, actuellement 3.300 F par an par célibataire.

BAREME DES COTISATIONS A.M.EX.A.
Exercice 1965

Revenu cadastral de l'exploitation égal ou supérieur à :		Exonération applicable	Montant des cotisations				
			Chef d'exploitation	Aide familial majeur	Aide familial mineur	Retraité	Allocations (et allocation spéciale)
ancien 400,01	révisé 1.280,01	aucune	463 F	309 F	155 F	155 F	77 F
varie de : 250,01 à 400 F	varie de : 800,01 à 1.280 F	11 %	417,50 F	278,60 F	139,80 F	Les titulaires de la retraite ou de l'allocation de vieillesse agricole, bénéficiant de l'allocation supplémentaire du F.N.S. sont totalement exonérés.	
varie de : 200,01 à 250 F	varie de : 640,01 à 800 F	16,50 %	394,70 F	263,50 F	132,20 F		
varie de : 120,01 à 200 F	varie de : 384,01 à 640 F	40 %	297,40 F	198,60 F	99,80 F		
égal ou inférieur à : 120 F	384 F	62 %	206,30 F	137,90 F	69,40 F		

CHAPITRE III

LES PRESTATIONS

La loi du 25 janvier 1961 consacre à la question des prestations les articles 1106-2, 3, 4 et 5 introduits dans le Code rural.

L'article 1106-2 dispose que les assujettis sont obligatoirement assurés à l'égard de la maternité, des maladies et de l'invalidité.

Nous étudierons successivement les prestations maladie, maternité et invalidité.

Section I

LES PRESTATIONS MALADIE

Les bénéficiaires des prestations « maladie » sont tous les assujettis selon les dispositions de l'article 1106-1 ainsi que les titulaires d'une pension d'invalidité du régime A.M.EX.A., ainsi que leurs conjoints et enfants à charge.

Sous-Section 1

CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT ET EXCLUSIONS

§ 1. — Conditions d'ouverture du droit.

Quant à l'ouverture du droit aux prestations, les règles sont pratiquement identiques à celles du régime général des salariés agricoles (1).

Ce droit s'apprécie à la date de la prescription médicale correspondante. Toutefois, si les soins doivent durer plus de 30 jours, l'assujetti doit justifier au terme du délai d'une nouvelle prescription médicale et son droit doit être à nouveau apprécié.

Par exception à cette règle, le droit de l'assuré est considéré comme ouvert, en cas d'hospitalisation, pendant toute la durée de la période de prise en charge sous réserve évidemment que ce droit fut ouvert à la date de la prescription d'hospitalisation.

De même, en cas de traitement de longue durée, le délai de 30 jours peut être porté à 6 mois au maximum sur demande du médecin traitant et avis du contrôle médical (2) ; le délai se trouve porté à 6 mois d'office en cas de « longue maladie » (3).

Bien entendu, le droit aux prestations n'est ouvert que si l'intéressé remplissait les conditions d'assujettissement à la date de la prescription, et n'encourait pas d'exclusion par suite de défaut de versement de cotisations. Le maintien du droit, en dehors de toute période d'assurances, est prévu dans deux cas (4) :

— D'abord, vis-à-vis de l'assuré contraint de cesser toute activité pour cause de maladie médicalement constatée, et sous réserve du paiement (5) des cotisations correspondantes : il est réputé continuer à remplir les conditions d'assujettissement pendant les cinq semestres civils suivant celui lorsdu quel les conditions ont cessé d'être remplies, ce, dans la limite des semestres civils au cours desquels s'étendit l'arrêt de travail justifié. Une nouvelle période de

(1) Les règles du Régime général des salariés agricoles sont elles-mêmes identiques à celles du Régime de Sécurité sociale des salariés non agricoles, mais résultent de dispositions propres au Régime agricole (Décret du 21 septembre 1950, A. du 18-6-59).

(2) Article 13, D. 61-294 du 31-III-1961, mod.

(3) Tuberculose, maladies mentales, affections cancéreuses et poliomyélite.

(4) Articles 14, § 2 et 15 du D. 61-294 du 31-III-1961 mod.

(5) Le paiement doit être considéré comme obligatoire (lettre min. Agric., n° 328 du 13-7-62, Bull. d'Inform. de l'I.L.S.A., n° 126 de juillet 1962).

5 semestres civils peut recommencer à courir après reprise effective du travail pendant 1 an.

— Ensuite, quand l'intéressé a cessé de remplir les conditions d'assujettissement, le droit aux prestations reste acquis sans versement de cotisations, pendant la période de 30 jours qui suit l'expiration du semestre civil au cours duquel les cotisations sont dues.

Le maintien du droit en cas de présence sous les drapeaux d'un assuré effectuant son service militaire, ou engagé volontaire en temps de guerre, est prévu pour ses ayants droit par dispositions particulières (6).

Précisons par ailleurs que les titulaires d'une pension invalidité de l'A.M.EX.A. (7) bénéficient des prestations « maladie » (8) pour eux-mêmes, leurs conjoints et enfants à charge, sur la seule justification de leur titre de pension.

Ajoutons enfin que des dispositions transitoires concernant les personnes en état de maladie à la date d'entrée en vigueur du nouveau régime, avaient été prévues (9).

§ 2. — Exclusions d'ordre général.

D'une façon générale, le droit aux prestations se prescrit par deux ans à compter du premier jour du trimestre civil, suivant celui auquel elles se rapportent. Cette prescription biennale est la même que celle prévue par l'article 25 de la loi de juillet 1930 pour toutes les actions dérivant d'un contrat d'assurances.

I. — Exclusions tenant a la nature de certains risques.

L'article 1106-2, al. II, précise tout d'abord que l'assurance ne comporte en aucun cas l'attribution d'indemnités journalières.

Cette disposition marque la différence essentielle entre le régime des non-salariés et des salariés agricoles : l'appréciation d'indemnités journalières aurait d'ailleurs été rendue difficile, car le revenu professionnel des exploitants n'est pas fonction du temps de travail, contrairement à celui des salariés.

Le texte précité ajoute ensuite que l'assurance ne couvre pas les conséquences des accidents de la vie privée, ni celle des accidents

(6) D. 61-294 du 31-3-1961 (sect. IV *bis* ajoutée par D. n° 62-1496 du 28 novembre 1962, *J.O.* du 9-12-1962).
(7) Voir *infra*, section III « Les prestations d'invalidité ».
(8) Article 1106-3, 2°, Code rural.
(9) Décret 61-294 du 31-3-1961, article 38, 2°.

du travail et des maladies professionnelles, alors même qu'il n'y a pas eu adhésion à la législation relative à ces accidents ou maladies.

Quant aux accidents de la vie privée, une seule exception se révèle au bénéfice des enfants mineurs de 16 ans ou assimilés (10). Dans ce cas, l'organisme assureur est subrogé aux droits de la victime contre le tiers responsable, pour le remboursement des dépenses que lui a causées l'accident.

Lors des discussions du projet de loi, certains parlementaires s'étaient émus de constater de telles exclusions, en particulier celle concernant les indemnités journalières : l'on mit ainsi l'accent sur le caractère très incomplet des prestations de l'A.M.EX.A., par rapport à celui des salariés, et bien que le nombre d'exploitants soient loin d'avoir un revenu supérieur à celui des salariés. Mais la charge financière qui aurait pesé, partie sur l'Etat, partie sur l'agriculture, ne permit pas de pousser plus avant la garantie.

Toutefois, le législateur prévit (11) que le gouvernement déposerait avant le 30 juin 1961 un projet de loi organisant, pour les exploitants, l'assurance obligatoire des accidents de la vie privée, des accidents du travail, et des maladies professionnelles. Là encore (12), l'on ne peut que déplorer l'absence, jusqu'à ce jour, d'un texte venant résoudre les lacunes de la loi du 25-I-1961.

II. — Exclusions tenant a la situation personnelle de l'assuré.

— La loi du 25-I-1961 dispose par ailleurs que n'ont pas droit aux prestations les personnes bénéficiant, à quelque titre que ce soit, des prestations d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie (13).

Nous avons vu que lorsqu'un assujetti remplit les conditions administratives ouvrant le droit aux prestations d'un autre régime obligatoire, il est exempté des cotisations du présent régime et exclu de ce fait du droit aux prestations de l'A.M.EX.A.

De même, l'assuré également pensionné militaire d'invalidité doit être exclu du bénéfice des prestations de l'A.M.EX.A. pour les frais qu'entraînent les affections ayant donné lieu à la pension : il bénéficie en effet des soins gratuits au titre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. S'il y a contestation sur l'origine de la maladie, l'assuré est réputé apporter la preuve que son affection est sans rapport avec la pension militaire, en présen-

(10) Article 11, alinéa 1, D. 61-294 du 31-III-1961 mod.
(11) Article 9, alinéa 1, loi du 25-I-1961.
(12) Voir *supra*, à propos de l'assiette des cotisations des régimes sociaux agricoles.
(13) Article 1106-3, 3°, Code rural.

tant seulement la décision du rejet prise par les services de soins gratuits. L'organisme assureur sert alors les prestations A.M.EX.A., sauf recours devant les commissions de soins gratuits, dans les mêmes délais que ceux impartis aux pensionnés militaires (14). De même, sont exclues les dépenses couvertes par une administration. Il peut s'agir, par exemple, de soins dispensés par le service de santé militaire, quand l'assuré se trouve en période de service militaire, ou par un établissement pénitentiaire si l'assuré se trouve incarcéré.

Par ailleurs, si l'assuré bénéficie de l'aide médicale gratuite, les prestations doivent être prises en charge dans les mêmes conditions que pour tous les assurés.

Précisons enfin que les dépenses résultant des soins reçus à l'étranger ne sont pas pris en charge. Elles peuvent l'être toutefois exceptionnellement sous réserve de l'accord du contrôle médical, s'il s'agit d'un assuré tombé malade à l'étranger, au cours d'un déplacement d'une durée inférieure à trois mois, ou quand il est établi que l'assuré ne pouvait recevoir en France les soins appropriés.

De toute façon, il sera soumis aux normes de remboursement pratiquées en France pour des soins équivalents (15).

Sous-Section 2

NATURE ET PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS MALADIE

L'assurance maladie comporte la couverture des frais en matière de médecine générale et spéciale de soins et de prothèses dentaires, de produits pharmaceutiques et d'appareillage, d'analyse et d'examens de laboratoire, d'hospitalisation et traitements en établissements de cure, d'interventions chirurgicales, et de transport du malade (16).

Les conditions et limites sont celles fixées en matière d'assurance maladie des salariés agricoles, sous les réserves précédemment énoncées.

§ 1. — Principes généraux.

Il paraît utile de rappeler ici les principes généraux, d'ailleurs communs à tous les régimes d'assurance maladie obligatoire, qui régissent la prise en charge des soins au titre de l'A.M.EX.A.

(14) Article 33-3, section IV *bis*, décret 61-294 du 31-III-1961.

(15) Article 31, décret 61-294 du 31-III-1961.

(16) Article 12, D. 61-294 du 31-3-1961, mod. par D. n° 63-1194 du 2-XII-63, art. 2 (*J.O.* du 4-12-63). La médecine générale et spéciale de soins doit s'entendre au sens le plus large, et comprend par exemple les radiographies.

I. — Libre choix du praticien.

L'assuré est toujours en droit de choisir son médecin (17). Il s'agit là d'un droit essentiel, attaché à la personne humaine, et qui ne saurait être amoindri ou contrebattu sans conséquences graves tant pour les malades que pour les médecins eux-mêmes. L'assujetti à un régime d'assurance maladie obligatoire doit être en mesure de confier en toute liberté sa personne au praticien qu'il estime le plus qualifié pour lui dispenser des soins, prescrire des remèdes, et décider éventuellement d'une hospitalisation dans un établissement idoine. « Dans le libre choix par le malade », a-t-on pu dire, « ce qui compte n'est pas tant le fait de choisir, quand on est bien portant, tel ou tel praticien, mais d'avoir la possibilité, quand on est malade, d'en changer si celui qui est choisi déçoit » (18).

En pratique, l'application de ce principe peut être restreinte, soit en raison de limitations directes portant sur l'exercice légal des professions médicales, ce qui est normal et conforme à l'intérêt du malade, soit par suite de limitations indirectes portant sur le tarif de prise en charge, ce qui peut sembler beaucoup plus critiquable. L'exposé de cette dernière question, tout à fait à l'ordre du jour, nous entraînerait hors du cadre de la présente étude. Qu'il nous suffise de rappeler que le malade peu aisé fera de préférence appel au praticien dont les honoraires sont les plus proches du tarif de remboursement appliqué par les organismes assureurs. Son choix est ainsi « orienté ».

II. — Principe du non-enrichissement de l'assuré.

D'une part, l'assurance ne doit couvrir l'assuré que pour les dépenses « nécessaires » par lui exposées. En vertu de cette règle, les frais afférents à des soins non curatifs (tels les séjours de vieillards en hospice, ou les interventions de chirurgie esthétique) demeurent exclus.

Par exception toutefois, certains soins préventifs, susceptibles d'entraîner directement pour l'organisme assureur une économie de soins curatifs, peuvent être pris en charge (19). Dans le même ordre d'idée, sont exclus les soins non dispensés par des praticiens agréés auprès du ministère de la Santé publique.

(17) Article 1106-5, alinéa 1, Code rural.

(18) Article sur l'A.M.EX.A. du docteur J.-Robert Debray, publié dans « Revue politique des idées et des Institutions », et dans « l'Observateur », du 13-2-61, p. 185.

(19) Frais, par exemple, de vaccination quand une menace directe de contagion existe dans l'entourage du sujet assujetti.

S'agissant d'honoraires de praticien en clientèle privée, ou de frais de séjour en établissements de soins, le tarif de prise en charge est fixé sur le plan départemental et peut donc être différent selon l'endroit où l'assuré se fait soigner. Le principe d'économie exige alors que soit appliqué à l'assuré le tarif fixé par l'établissement de soins ou le praticien le plus proche de son domicile.

D'autre part, l'assuré ne peut recevoir plus qu'il n'a effectivement déboursé. Il s'agit là d'une analogie avec la règle du non-enrichissement en matière d'assurances de dommages. Exception peut être faite à ce principe pour certains forfaits en matière d'appareillage. Il va sans dire enfin que certaines formalités sont requises sous peine de déchéance de l'assuré, afin de permettre à l'organisme assureur d'exercer son contrôle.

III. — Freins a la masse globale des dépenses remboursables.

L'insuffisance du financement, et surtout le souci d'éviter l'abus de frais plus ou moins justifiés, ont conduit le législateur à poser, comme pour les autres régimes obligatoires, plusieurs digues successives tendant à limiter un afflux excessif de dépenses remboursables.

Tout d'abord, l'assuré n'est remboursé que sur la base des tarifs fixés par le règlement intérieur des organismes assureurs, lesquels ne sont pas identiques aux dépenses réelles effectuées.

Ces tarifs sont obligatoirement les mêmes que ceux pratiqués en matière d'assurance sociale des salariés agricoles. Tel est le principe du tarif dit « de responsabilité » : l'on devrait d'ailleurs parler plus justement de tarif « de garantie », la dénomination actuelle étant aussi fausse qu'ambiguë.

Dans la plupart des cas (20), ces tarifs sont établis à l'échelon national et s'imposent à tous les organismes d'Assurance sociale.

Dans certains cas (21), ces tarifs sont établis à l'échelon départemental. Ensuite, une partie des frais ainsi déterminés est laissée, sauf cas particuliers, à la charge de l'assuré : c'est la règle dite du « ticket modérateur », dénomination fausse malheureusement passée dans le langage courant et qu'il vaudrait mieux, à notre sens, remplacer par « franchise », ou plus exactement par « découvert obligatoire ».

Nous étudierons précisément les modalités d'application de cette règle dans le régime de l'A.M.EX.A.

(20) Notamment pour le remboursement des honoraires médicaux en établissements de soins publics, des produits sanguins, du grand appareillage, des fournitures d'optique, des produits pharmaceutiques, et des analyses de laboratoire.

(21) Notamment pour les remboursements d'honoraires de praticiens exerçant en clientèle privée, et des frais de séjour en établissements de soins.

Enfin, le législateur avait dû instituer (22), dans le seul but de limiter les charges des organismes assureurs, un abattement forfaitaire année-famille de 200 F : il est inutile d'exposer ici tant les critiques justifiées que suscita cette mesure, que ses modalités d'application, car cette franchise fut par la suite complètement supprimée (23).

§ 2. — Prise en charge des différentes prestations.

Cette question ne soulève aucune difficulté particulière : sous réserve des exclusions d'ordre général précitées, et du respect des formalités imposées pour la justification des dépenses, les risques pris en charge sont couverts en régime A.M.EX.A. comme pour les salariés des professions agricoles (24). Nous nous bornerons à définir les différents types de risques et à préciser leur tarif de prise en charge.

I. — Frais d'actes médicaux effectués par les praticiens en clientèle privée.

Seuls peuvent être pris en charge les frais d'actes médicaux effectués par les docteurs en médecine, chirurgiens dentistes, sages-femmes, ou par les auxiliaires médicaux habilités à exercer ces professions, chacun dans la limite de sa compétence, et les frais de déplacement de ces praticiens quand ils se rendent au domicile de l'assuré. Le tarif de prise en charge ne peut excéder celui fixé pour le même acte médical effectué par le praticien approprié le plus proche du domicile de l'assuré, et de même statut (25) que le praticien choisi par l'assuré.

Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et auxiliaires médicaux sont fixés dans les mêmes conditions qu'en matière d'assurances sociales des salariés agricoles (26).

(22) Article 1106-2, 1°-2° du Code rural (loi du 25-I-1961).

(23) Ramenée d'abord à 100 F par décret du 28-XII-1961, elle fut purement et simplement supprimée à compter du 1-I-1963 par l'article 9, IV de la loi de Finances pour 1963 (L. n° 62-1529 du 22-XII-1962).

(24) Le D. 62-151 du 9 février 1962, adapta au régime agricole les dispositions du D. 60-451 du 12 mai 1960 qui ne lui était pas applicable, puisque signé du seul ministre du Travail. Sans attendre cette adaptation, le ministre de l'Agriculture s'était déclaré favorable à la conclusion de conventions dans la limite des tarifs plafonds.

De ce fait, on dénombrait au 1-3-1961 soixante-quatre conventions générales conclues avec les médecins et approuvées, soixante-dix-huit avec les chirurgiens dentistes, soixante-dix-neuf avec les sages-femmes. Le D. de 1962 n'a donc fait, à cet égard, que légaliser la situation.

(25) C'est-à-dire conventionné ou non conventionné.

(26) Décret 61-294 du 31-III-1961, article 32, mod. par D. 63-1194 du 2-XII-63, article 4 (*J.O.*, 4-XII-63).

Rappelons que la détermination du tarif applicable pour un acte déterminé s'effectue compte tenu des nomenclatures des actes professionnels dans lesquelles chaque acte est désigné par une lettre-clef suivie d'un coefficient.

Le tarif applicable à cet acte est égal au produit de son coefficient par la valeur en francs de sa lettre-clef. La valeur de cette lettre-clef est fixée (27) par le tarif dit « de responsabilité », de la Caisse de Mutualité sociale agricole dans le ressort de laquelle se trouve le cabinet du praticien considéré.

Cette valeur est différente selon chaque catégorie de praticien, et n'est pas, pour chacune de ces catégories, fixée à l'échelon national, mais sur le plan de chaque circonscription de Caisse de M.S.A. : à cet échelon, elle diffère selon qu'elle a été fixée par voie de convention avec le syndicat de praticiens intéressés (28), ou par voie d'adhésion individuelle du praticien, ou enfin et à défaut, d'autorité par la Commission interministérielle des tarifs.

II. — Frais en établissements de soins publics.

Ces frais sont pris en charge, dès lors que les soins ont été dispensés dans un établissement autorisé par le ministre de la Santé publique.

Quant aux frais de séjour proprement dits, le tarif ne doit pas excéder, sauf dérogation, celui applicable à l'établissement approprié à l'état sanitaire du malade, et le plus proche du domicile de celui-ci. Le tarif de séjour dans un service déterminé est égal au prix de journée fixé pour ce service par arrêté du préfet du département où se situe l'établissement pour les malades payants du régime commun. Pour calculer la durée du séjour, il est admis que le jour d'entrée est toujours pris en charge, mais non le jour de sortie (29).

Quant aux honoraires médicaux, le tarif de prise en charge est égal au prix tarifié par l'établissement (30). Pour les assurés hospitalisés, le tarif est établi, selon les services, soit sous forme d'honoraires à l'acte calculé sur la base des nomenclatures des actes professionnels (31), soit sous forme d'un honoraire forfaitaire journalier.

(27) Dans les limites prévues par arrêté interministériel.
(28) Une telle convention doit être approuvée par arrêté interministériel.
(29) Sauf en cas de décès.
(30) Ce prix est fixé à l'échelon national pour les soins aux assurés sociaux.
(31) De même pour les consultants externes.

III. — Frais en établissements de soins privés.

Ces frais ne sont pris en charge que si les soins ont été dispensés dans un établissement autorisé à fonctionner par le ministère de la Santé publique et agréé par la Caisse de M.S.A. dans la circonscription de laquelle il se trouve.

Quant aux frais de séjour, le tarif ne doit pas dépasser celui applicable à l'établissement de soins privés, approprié à l'état des malades, et le plus proche de son domicile. Le tarif de « responsabilité » applicable (32) résulte de la convention intervenue entre l'établissement et la Caisse de M.S.A. de la circonscription dont il relève, ou à défaut, est fixé d'autorité par cette caisse.

Quant aux frais accessoires, dans l'hypothèse où l'établissement ne pratique pas la formule du « prix de journée tout compris », il est de règle que les frais de pharmacie et de salle d'opération s'ajoutent aux frais de séjour : le total ainsi obtenu est remboursé dans la limite du prix de journée de l'établissement de soins publics de référence. Par contre, les autres frais sont remboursés sur la base des tarifs applicables à ces fournitures.

Quant aux honoraires des praticiens, le tarif se détermine comme en matière de clientèle privée. Dans certains cas, la prise en charge peut s'effectuer sous forme de forfait.

IV. — Frais de fournitures médicales et d'examens le laboratoire.

Leur prise en charge est subordonnée à plusieurs conditions générales :

— d'abord les fournitures ou analyses, doivent avoir été prescrites par ordonnance valable. Le praticien qui a délivré l'ordonnance doit avoir légalement qualité pour exercer et doit être autorisé à prescrire la fourniture ou l'analyse en cause par la réglementation concernant sa profession;

— ensuite, ces fournitures ou analyses doivent figurer sur des nomenclatures;

— enfin, le fournisseur ou laboratoire d'analyse doit être légalement autorisé à exercer sa profession; en l'absence de réglementation, il doit être agréé par les caisses de M.S.A.

(32) Dans un établissement de soins à but lucratif, soit à but non lucratif ne recevant pas de bénéficiaires de l'aide sociale. Dans un établissement à but non lucratif et recevant des bénéficiaires de l'aide sociale, le tarif est égal au prix de journée fixé pour cet établissement par arrêté du préfet.

Sous réserve de ces conditions particulières et des limitations générales en matière d'assurance maladie, les fournitures médicales (33) et examens de laboratoire, sont pris en charge sur la base des tarifs fixés uniformément pour tout le territoire national par arrêtés interministériels (34).

V. — Frais de cure thermale, de rééducation.

En matière de cures thermales, et sous réserve d'entente préalable, peuvent être remboursés les frais de surveillance médicale pendant la cure, et les frais de traitement dans les établissements thermaux agréés. Sauf cas particuliers, ne sont pris en charge ni les frais de séjour en hôtel, pensions, etc., ni les frais de déplacement.

Par ailleurs, les frais de rééducation et de réadaptation professionnelle des titulaires d'une pension d'invalidité du régime A.M.EX.A., ainsi que les chefs d'exploitations et aides familiaux en état d'arrêt de travail médicalement justifiés, peuvent être pris en charge sur avis favorable du contrôle médical. Une distinction est faite, selon que la rééducation est effectuée dans un centre agréé (35) ou chez un employeur (36).

VII. — Frais de déplacement des assurés malades.

L'assuré n'a droit qu'à la prise en charge de ses frais de déplacement que dans des cas bien déterminés (37). Le tarif de prise en charge est égal au prix effectif du transport aller et retour par la voie la plus économique.

VII. — Examens de santé gratuits.

Les organismes assureurs doivent proposer à l'assuré et aux membres de sa famille un examen de santé gratuit à certaines périodes de leur vie.

Ces examens ont lieu sur demande de l'intéressé au cours de la période fixée pour chacun des examens prévus, ou sur invitation de

(33) Il faut entendre par là les fournitures pharmaceutiques médicamenteuses, les accessoires et pansements, l'appareillage, les produits sanguins d'origine humaine, le lait humain, etc.

(34) Ces tarifs sont, soit égaux au prix de vente réel (exemple : médicament spécialisé) soit ceux figurant aux nomenclatures.

(35) Frais de séjour, de rééducation, d'appareils de prothèse, d'assurance contre le risque accident du travail, de déplacement à l'entrée et à la sortie de l'établissement.

(36) Frais d'appareils de prothèse, et d'assurance contre le risque accident du travail.

(37) Arrêté du 2 septembre 1955 (*J.O.*, 14 septembre 1955).

l'organisme assureur, au cours des six derniers mois de chaque période.

Ces examens sont pris totalement en charge par l'assureur, quand ils ont lieu dans un centre agréé ou géré par la caisse de M.S.A. ou auprès d'un médecin adhérent à la convention sur les examens de santé.

Toutefois, les intéressés sont libres de subir ces examens devant le médecin de leur choix, même n'ayant pas adhéré à la convention précitée : ils ne perçoivent alors qu'une indemnité forfaitaire.

§ 3. — Le « ticket modérateur ».

L'expression « ticket modérateur » trouve son origine dans les débats parlementaires qui aboutirent à la loi de 1928 : avait été envisagé le système d'un règlement direct des prestations au médecin, sous une forme analogue à celle du régime allemand des assurances sociales. Ce système consiste pour l'assuré, à acheter à sa Caisse un ticket de visite représentant la participation du malade aux frais médicaux. Le médecin devait recevoir ainsi le ticket des mains du malade, et le remettre à la Caisse pour recevoir ses honoraires. Malgré l'abandon du système, l'expression subsiste en dépit de la confusion qu'elle peut engendrer.

Nous avons indiqué, à l'étude des principes généraux, que la couverture des frais pris en charge au titre de l'A.M.EX.A. est en fait limitée à un pourcentage du montant déterminé par application du tarif de responsabilité.

Telle est la règle dite « du ticket modérateur » (38). En principe, cette sorte de « franchise » équivaut à 20 % du tarif de responsabilité. Toutefois, cette participation de l'assuré peut se trouver, suivant les cas, supprimée, diminuée ou majorée.

I. — L'exemption totale du ticket modérateur intervient dans certains cas, et peut résulter soit de la situation personnelle de l'assuré, soit de la nature de certaines affections, ou de certains soins entraînant des dépenses élevées.

Tout d'abord, certaines catégories d'assurés sont dispensés de toute participation aux frais pour les prestations les concernant. Il en est ainsi pour les assurés bénéficiaires d'une pension militaire d'invalidité, et pour les titulaires de la pension d'invalidité du régime A.M.EX.A. Une disposition particulière (39) au régime de l'A.M.EX.A. prévoit, quant aux assurés bénéficiant de l'aide médicale gratuite, que

(38) Article 1106-2, III, L. 25-I-1961.

(39) Décret du 31 mars 1961 (61-294), article 34 mod. par D. 63-1194, article 5 du 2-XII-1963 (*J.O.*, 4-12-1963).

les prestations de pharmacie et soins en établissements de soins publics, doivent être pris en charge sans application du ticket modérateur.

Il ne s'agit pas d'une véritable exemption, car la valeur du ticket modérateur est ensuite remboursée par le service de l'aide médicale gratuite à l'organisme assureur (40).

Ensuite, l'exemption est accordée dans certains cas limitativement prévus (41).

— Pour les quatre grandes affections dites « longues maladies », la dispense est accordée de plein droit à l'assuré pour toutes les prestations le concernant sous la seule réserve, s'agissant de chefs d'exploitation ou d'aides familiaux, qu'ils exposent un arrêt de travail médicalement justifié.

— De plus, l'assuré bénéficie de l'exemption pour toutes prestations le concernant, à partir du trente et unième jour d'hospitalisation continue. Il en est de même pour les traitements entraînant une interruption de travail supérieure à trois mois à partir du premier jour du quatrième mois d'interruption.

En cas d'intervention chirurgicale, l'assuré est exonéré de toute participation aux frais chaque fois que le coefficient (ou que le total des coefficients des actes pratiqués au cours d'une même séance est égal ou supérieur à K 50) (42).

L'exemption porte également sur les soins dispensés aux enfants prématurés (43) et sur les frais engagés à l'occasion de certaines fournitures (44).

Ajoutons enfin que la couverture des frais de déplacement (45) soit du praticien, soit de l'assuré, ne donne jamais lieu à la mise en jeu du ticket modérateur.

II. — Le ticket modérateur est réduit à 10 % du tarif de responsabilité, sauf cas d'exemption totale, pour la couverture des médicaments spécialisés irremplaçables (46). Au contraire, s'agissant de médicaments spécialisés autres que ceux-ci, la participation de l'assuré est portée à 30 % du tarif de responsabilité.

(40) Ce, par l'intermédiaire de la M.S.A.

(41) Les mêmes d'ailleurs que dans le régime général des salariés agricoles (art. 1106-2, 1°-2°, § *c*, alinéa 2 du Code rural).

(42) Exemple : appendicite = K 50.

(43) Dans les centres ou services spécialisés à cet effet.

(44) Produits sanguins, lait humain, gros appareillage de prothèse (sauf dentaire) et d'orthopédie.

(45) Indemnités horo-kilométriques.

(46) Dont la liste est fixée par arrêté ministériel.

Section II

LES PRESTATIONS DE « MATERNITE »

Peuvent bénéficier de ces prestations toutes les assujetties à l'A.M.EX.A., les titulaires d'une pension d'invalidité A.M.EX.A., et leurs enfants à charge, ou ayants droit d'un assujetti sous les drapeaux, ce, sous certaines conditions.

L'assurance maternité garantit les mêmes prestations en nature qu'aux salariés agricoles, dès lors que sont remplies les conditions d'ouverture du droit.

§ 1. — Conditions d'ouverture au droit.

Outre les conditions générales d'immatriculation, de paiement des cotisations, et de non-cumul avec un autre régime obligatoire, l'assurée doit justifier avoir rempli les conditions d'assujettissement pendant les dix mois au moins qui précèdent la date présumée de l'accouchement (47).

Le cas échéant, il convient d'assimiler la période de travail salarié (48) (dans le cas par exemple d'un ancien salarié devenu exploitant).

Lorsque l'assurée chef d'exploitation ou aide familiale a dû cesser toute activité pour cause de maladie, ou qu'elle cesse pour toute autre raison de remplir les conditions d'assujetissement, les règles posées en matière d'ouverture du droit aux prestations « maladie », valent également en « maternité ».

Pendant la présence d'un assuré sous les drapeaux, ses ayants droit peuvent prétendre aux prestations de l'assurance maternité, dès lors que le droit était ouvert au moment du départ sous les drapeaux. Sous la même condition, au retour de l'intéressé, ses ayants-droit peuvent immédiatement prétendre aux prestations.

§ 2. — Nature des prestations et modalités de prise en charge.

Comme en régime général des salariés agricoles, l'assurance maternité couvre les frais médicaux et pharmaceutiques, et les frais d'appa-

(47) Article 17, alinéa 2, D. 61-294 du 31-III-1961.
(48) Lettre min. Agric., n° 308, du 27-6-1962, B.I. de l'I.L.S.A., n° 126 de juillet 1962.

reils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement, et à ses suites (49).

L'assurance maternité comporte par ailleurs l'attribution, sous certaines conditions, d'une layette ou de primes de maternité, et de primes d'allaitement ou bons de lait.

Les prestations sont prises en charge dans la limite du tarif de responsabilité de l'assurance des salariés, et dans les mêmes conditions que les prestations maladie mais sans aucune application du « ticket modérateur ».

Les principes généraux exposés en matière d'assurance maladie sont applicables, par analogie, en cas de maternité.

En outre, l'assurée doit en temps voulu informer de son état l'organisme assureur, et subir des examens médicaux.

Tout d'abord, elle doit aviser de sa grossesse l'organisme assureur, quatre mois au moins avant la date présumée de l'accouchement, faute de quoi les frais d'accouchement ne lui seraient remboursés que dans la limite de 80 % de l'obligation normale de l'organisme assureur, ce qui équivaut, en fait, à rétablir à titre de sanction le « ticket modérateur ».

De plus, elle doit subir des examens prévus par les textes sur la protection maternelle et infantile, avant la fin des troisième et sixième mois, et dans la première quinzaine du huitième mois. En vertu d'un décret récent (50), un quatrième examen doit avoir lieu dans la première quinzaine du neuvième mois. Un examen post-natal doit avoir lieu dans les huit semaines qui suivent l'accouchement (51). Enfin, l'assurée doit soumettre l'enfant à la surveillance sanitaire prévue par le Code de la Santé publique, faute de quoi les primes d'allaitement ou bons de lait peuvent lui être supprimés.

Précisons que ces prestations se prescrivent par deux ans, à compter de la première constatation médicale de grossesse.

Section III

LES PRESTATIONS D'INVALIDITE

L'article 1106-3-2° du Code rural dispose que « les prestations d'invalidité ne sont dues qu'aux exploitants ou aides familiaux (52).

(49) Article 17, alinéa 1, décret 61-294 du 31-III-65.

(50) Décret 22-2-1965, *J.O.*, 14-III-1965.

(51) Si l'assuré se soumet à ces examens hors des délais prévus, ou ne s'y soumet pas du tout, la layette est supprimée, ainsi que les primes afférentes à chacun de ces examens.

(52) Ainsi qu'aux membres non salariés de sociétés d'exploitation ou d'entreprise agricole, ce conformément à l'article 18 du D. 61-294 du 31-III-61.

Elles sont allouées dans le cas où, en raison de son état de santé, l'intéressé est reconnu comme totalement inapte à l'exercice de la profession agricole.

Il est important de souligner dès à présent que les conjoints sont exclus du bénéfice de la pension d'invalidité (53). De nombreuses protestations ont été émises à ce sujet par les formations syndicales, et par les parlementaires. Le ministre a justifié cette disposition en considérant que l'état d'invalidité est définie en A.M.EX.A. comme un état d'inaptitude totale à l'exercice de la profession agricole. Or, dans ce régime, le chef de l'unité familiale est seul considéré comme exerçant l'activité professionnelle agricole à titre principal. L'activité du conjoint est secondaire, son activité principale consistant à s'occuper du ménage.

§ 1. — Conditions d'ouverture du droit.

L'étude précise des conditions d'ouverture du droit va permettre de dégager l'originalité de la notion d'invalidité en régime A.M.EX.A.

Notons liminairement que l'invalidité ne doit pas trouver son origine dans un risque non couvert par le régime de l'A.M.EX.A., tel un accident du travail ou de la vie privée, ou une maladie professionnelle.

I. — Pour que soit ouvert le droit à pension d'invalidité, il doit d'abord s'agir d'une inaptitude totale et définitive à l'exercice de la profession agricole. Cette condition apparaît ainsi comme plus rigoureuse, mais plus limitée qu'en régime général. Plus rigoureuse, car l'inaptitude doit être totale alors qu'une incapacité de 66,66 % (soit égale ou supérieure aux 2/3 de la capacité réelle) suffit en régime général « maladie » pour ouvrir droit à pension.

Plus limitée, car cette inaptitude totale ne vise que l'exercice de la profession agricole. L'on peut fort bien concevoir un bénéficiaire de la rente invalidité, qui exercerait par ailleurs une activité rémunératrice autre qu'agricole (54).

L'état d'invalidité doit être apprécié, compte tenu de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales, des aptitudes et de la formation professionnelle de l'intéressé, ainsi que de ses possibilités de reclassement soit au moment de la constatation médicale de l'état d'invalidité si celui-ci apparaît définitif, soit dans le cas contraire, après stabilisation de l'état de l'assuré, et dans ce dernier cas, au

(53) Article 1106-3, 2°, Code rural.

(54) Sauf s'il atteint le plafond-ressources fixé par l'article 20 du D. 61-294 du 31-3-61. En pareille hypothèse, la pension est supprimée, voir *infra*, § 2, même section.

plus tôt après une période de douze mois au moins d'arrêt de travail médicalement ordonné (55). Il semblerait qu'en cas de litige, les juridictions compétentes soient amenées à tenir compte, quant aux chefs d'exploitation, de l'importance de l'exploitation, et du rôle de l'intéressé dans la mise en valeur de celle-ci : simple rôle de direction, ou au contraire, participation effective aux travaux.

II. — De plus, la loi impose au requérant une condition d'âge (56) : l'intéressé doit être âgé de moins de 60 ans. A partir de 60 ans, la pension invalidité est convertie en avantage vieillesse (57).

III. — Enfin, le droit à pension d'invalidité ne peut être reconnu aux intéressés que sur leur demande, et s'ils justifient avoir rempli les conditions d'assujettissement pendant les deux semestres civils précédant celui au cours duquel intervient la constatation de leur état d'invalidité, et que les cotisations dues pour cette période ont été versées (58).

Précisons qu'en vue de l'octroi immédiat des prestations d'invalidité, à partir du 1er avril 1961, les dispositions transitoires (59) avaient été prévues pour pallier l'impossibilité de remplir cette dernière condition : ainsi toutes les périodes d'activité professionnelle antérieures au 1-4-1961, dont les intéressés justifient, et qui auraient entraîné leur assujettissement au régime A.M.EX.A., s'il avait été applicable pendant ces périodes, furent assimilées à des périodes d'assujettissement.

En outre, les dispositions concernant l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, sont applicables (60).

Il en résulte que l'attribution d'une pension d'invalidité peut être envisagée dès le 1er avril 1961 si l'intéressé était déjà chef d'exploitation, membre de société, ou aide familial depuis le 1er janvier 1960 au plus tard, et par conséquent aurait pu justifier de deux semestres civils d'assujettissement, avant le 1er avril 1961 si l'A.M.EX.A. avait existé antérieurement à cette date (61). Par contre, l'attribution d'une pension ne peut en aucun cas être envisagée, dès l'instant que l'arrêt de travail est antérieur au 1er juillet 1958, puisque l'intéressé ne saurait dans ce cas remplir encore la condition d'assujettissement le 1er avril 1961, même en appliquant les règles d'assimilation concer-

(55) Article 18, alinéa 2. Décret 61-294 du 31-3-61.
(56) Article 18, alinéas 1 et 5 du décret 61-294 du 31-3-61.
(57) Retraite anticipée à 60 ans.
(58) Article 18, alinéa 3, D. 31-3-1961 (61-294).
(59) Article 38, 3° du D. 61-294 du 31-3-61.
(60) Article 21, D. 61-294, il s'agit des dispositions prévues par les articles 14 et 15 du même décret (voir *supra*, « prestations maladie »).
(61) Il s'agit là de mesures transitoires, n'ayant trait qu'aux conditions d'assujettissement.

nant les cinq semestres civils d'arrêt de travail. L'application de ces dispositions n'a pas soulevé de difficultés dans la pratique, sauf sur un point qu'il nous faut ici évoquer : il s'agit des invalidités antérieures à l'entrée en vigueur de la loi sur l'A.M.EX.A., c'est-à-dire antérieures au 1er avril 1961. Les organismes assureurs rejettent de semblables demandes conformément d'ailleurs aux instructions ministérielles reçues. Ce rejet est d'abord fondé sur le caractère de « Loi d'assurance » attribué à la loi du 25-1-61 : il est de règle en effet qu'une assurance ne peut couvrir de risques réalisés avant sa date d'effet. Cet argument est discutable, la loi de 1961 ne permettant guère de raisonner par analogie avec le contrat d'assurances proprement dit. Nous reviendrons sur ce point. Un second argument, beaucoup plus sérieux, est tiré de la non-rétroactivité de la loi de 1961.

Cependant, certaines commissions et cours d'appel (62) estimant que la loi du 25-I-61 s'analysait non comme une loi d'assurance, mais bien comme une loi d'assistance, l'interprètent libéralement chaque fois qu'elle ne lèse pas de droits acquis, et l'appliquent comme telle à toutes les situations acquises à la date de mise en vigueur.

Cette interprétation paraît abusive en ses effets, ne constituant qu'un biais pour faire pièce à la non-rétroactivité de la loi du 25-I-61. Le différend est actuellement soumis à la Cour de cassation qui n'a pas encore statué.

§ 2. — Prestations servies au titre de l'invalidité.

L'assurance invalidité comporte l'attribution, au bénéficiaire lui-même, d'une pension d'invalidité, ainsi que le bénéfice des prestations de l'assurance « maladie » (63), et « maternité » pour lui, son conjoint, et ses enfants à charge.

Le montant annuel de la pension d'invalidité est fixé à 1.000 fois le montant du salaire horaire minimum garanti en agriculture, applicable au siège de l'exploitation ou entreprise où travaillait l'intéressé lors de l'arrêt de travail suivi d'invalidité (64).

En cas d'hospitalisation à la charge de l'organisme assureur, la pension d'invalidité est servie intégralement lorsque l'assuré a deux enfants ou plus à sa charge; mais elle est réduite de 1/5 si l'assuré

(62) Jugement de la Commission de 1re Instance du Morbihan du 7 août 1963 (inédit). Arrêt de la C.A. de Rennes, C.M.S.A. des Côtes-du-Nord Le Bars, 23 mars 1963 (inédit). En sens contraire : C.A. Strasbourg, 18-1-63, B.I. de l'I.L.S.A., n° 131, I-63.

(63) Article 1106-3, 2°, Code rural.

(64) Article 19, 1°, D. 61-294 du 31-III-61. La pension est majorée de 40 % lorsque l'invalide est obligé d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. En cas d'hospitalisation cette majoration cesse d'être due.

a un seul enfant à charge ou s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge, de 2/5 si l'assuré est marié sans enfants, ni ascendant à charge, et de 3/5 dans tous les autres cas (65).

La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire, et sous réserve que l'intéressé se soumette, sauf motif valable, aux mesures prescrites en vue de sa rééducation fonctionnelle ou professionnelle (66) : la pension peut lui être supprimée s'il ne se soumet pas au contrôle médical. La pension est supprimée dès que l'intéressé est en état de reprendre, dans une profession quelconque, un emploi lui assurant un revenu d'un certain plafond (67).

La pension est suspendue en tout ou partie, sauf pendant les périodes de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, lorsqu'il est constaté que l'intéressé a joui pendant deux trimestres consécutifs, sous forme de pensions ou gains cumulés, de ressources supérieures à 600 fois le salaire horaire minimum garanti : en agriculture applicable au siège de l'exploitation où travaillait l'intéressé lors de l'arrêt de travail suivi d'invalidité : le montant des arrérages de chaque trimestre ultérieur est alors réduit à concurrence du dépassement constaté au cours du trimestre précédent (68).

Il est inutile d'insister sur les difficultés auxquelles se heurte, en pratique, la mise en application des règles de suppression ou de suspension de rente : le contrôle des gains accessoires est le plus souvent très difficile à réaliser, les activités rémunératrices d'un invalide du régime A.M.EX.A. s'avérant plus ou moins définies et presque toujours officieuses.

Précisons enfin que ces pensions d'invalidité sont dues à compter du premier jour du mois civil qui suit celui de la demande, ou celui au cours duquel l'aggravation s'est produite, postérieurement au rejet d'une première demande de l'assuré, ou postérieurement à la suppression de sa pension, à condition que l'assuré puisse établir la date de l'aggravation (69).

Les pensions d'invalidité sont payables trimestriellement à terme échu, par l'organisme assureur, aux dates fixées par arrêté du ministre de l'Agriculture.

(65) Article 19, alinéa 4, D. 61-294 du 31-III-61.
(66) Article 18, alinéa 4, D. 61-294 du 31-III-61.
(67) Egal à 300 fois le salaire horaire minimum garanti en agriculture, applicable au siège de l'exploitation où travaillait l'intéressé (art. 20, D. 61-294, 31-III-61).
(68) Article 20, alinéa 2, décret 61-294 du 31-III-1961.
(69) Article 25, alinéa 3, décret 61-294 du 31-III-1961.

CHAPITRE IV

OBLIGATIONS DES PARTIES

Section Préliminaire

PEUT-ON PARLER D'UN « CONTRAT D'ASSURANCE » ?

Les obligations des parties trouvent exclusivement leur source dans la loi du 25-I-1961.

Il apparaît d'évidence que ce régime obligatoire de l'A.M.EX.A. est marqué du signe de l'ordre public, comme en matière de Sécurité sociale.

Ce caractère d'ordre public se manifeste d'abord par le recours constant aux sanctions pénales ou d'autre nature, en cas de violation des dispositions instituées par la loi.

Ensuite, le rôle laissé à la volonté des parties est pratiquement nul : il leur est interdit de modifier le taux des cotisations, les conditions de paiement, les barèmes de prestations, et bien sûr les conditions d'assujettissement.

Sur un plan général, le fait pour une loi d'instituer une assurance obligatoire, n'exclut nullement l'établissement de rapports contractuels entre l'assureur et l'assuré.

Par exemple, la loi du 27-11-1958 sur l'assurance des véhicules terrestres à moteur, comporte certes l'obligation de garantir le risque « responsabilité », mais se borne à fixer seulement des conditions de garantie « minima » au-delà desquelles les parties peuvent aménager leurs obligations respectives : aucune disposition de cette loi n'a trait aux montants des primes elles-mêmes.

L'accord des parties est ici consacré par la police d'assurance, véritable contrat synallagmatique.

Au contraire, l'A.M.EX.A. n'est matérialisée que par un « bulletin d'adhésion », dont la forme elle-même est imposée à l'assujetti : l'unique liberté laissée à ce dernier peut seulement s'exercer quant au choix de l'organisme assureur.

Les organismes assureurs, de leur côté, ne disposent d'aucune liberté, puisqu'il leur est même interdit de refuser l'inscription volontaire ou l'affiliation d'office d'un assujetti (1).

Soulignons enfin, qu'en régime A.M.EX.A., il est interdit à l'organisme assureur de poursuivre un quelconque but lucratif, ce, contrairement à l'économie générale des opérations d'assurance.

Plus qu'une loi d'assurance, la loi du 25 janvier 1961 apparaît au moins partiellement comme une loi sociale d'assistance (2) créée en faveur des exploitants agricoles, et aux termes de laquelle les « assujettis » bénéficieront moyennant paiement de « cotisations », de « prestations », largement prises en charge par l'Etat lui-même.

En régime « A.M.EX.A. », l'expression d'obligations respectives doit être entendue, non pas seulement au sens restreint de « rapports juridiques pécuniaires entre personnes », mais dans son acceptation la plus générale, englobant toutes les dispositions légales qui régissent et règlementent les rapports des assujettis vis-à-vis des organismes assureurs, et réciproquement.

Section I

LES OBLIGATIONS DE L'ORGANISME ASSUREUR

Une seule obligation demeure à la charge de l'organisme assureur vis-à-vis de l'assujetti : celle de verser les prestations de maladie, de maternité et d'invalidité à l'assuré qui remplit régulièrement les conditions lui ouvrant ce droit.

Les prestations dues au titre de l'assurance maladie et maternité doivent être payées à l'assuré dans les quinze jours qui suivent la réception des feuilles de soins, sauf en cas de contestation (3).

En matière d'invalidité, l'organisme assureur est tenu de statuer sur la demande de pensions dans les deux mois qui suivent la réception du dossier, et doit notifier à l'intéressé toute décision prise à son égard (4).

(1) Article 1106-10, alinéa 4, Code rural (ce sous peine de se voir retirer l'autorisation de garantir les risques d'A.M.EX.A.).

(2) C'est bien comme telle que les juridictions de 1re instance et d'appel semblent considérer la loi du 25-I-61 (C.A. Rennes, 23 mars 63, C.M.S.A. des Côtes-du-Nord Le Bars (inédit).

(3) Article 29, D. 61-294 du 31-III-1961.

(4) Articles 22 et 24, D. 61-294 du 31-III-1961.

Les arrérages, dus à compter du premier jour du mois civil suivant celui de la demande, doivent être payés trimestriellement à terme échu (5).

Section II

LES OBLIGATIONS DE L'ASSUJETTI

Les obligations de l'assujetti vis-à-vis des organismes assureurs s'avèrent multiples, et sont de deux ordres :

— d'une part, l'obligation d'assurance selon laquelle l'assuré doit adhérer au régime et cotiser ;

— d'autre part, l'obligation pour lui de justifier les dépenses pouvant donner lieu à prestations.

§ 1. — L'obligation d'assurance.

Les formalités d'affiliation et d'immatriculation des personnes assujetties sont prévues très précisément par un second décret du 31 mars 1961 (6).

L'obligation d'affiliation pèse principalement sur le chef d'exploitation ou d'entreprise : ce dernier est tenu de souscrire auprès de l'organisme habilité de son choix, un « bulletin d'adhésion » (7), ce, dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle ont été remplies les conditions d'assujettissement à l'assurance.

Ce bulletin doit être signé par le chef d'exploitation lui-même : celui signé par l'épouse serait nul (8). Sur ce bulletin doit figurer le chef d'exploitation, son conjoint et ses aides familiaux (9) et les conjoints de ceux-ci, ainsi que les enfants de moins de 16 ans ou assimilés, à la charge des uns et des autres.

Les titulaires de retraite ou d'allocation de vieillesse des non-salariés agricoles sont soumis à la même obligation pour eux-mêmes, leurs conjoints et enfants de moins de seize ans ou assimilés à leur charge.

(5) Article 26, D. 61-294 du 31-III-1961.

(6) Décret 61-295 du 31-III-1961, portant R.A.P. pour l'application des articles 1106-9 et 1106-10 du Code rural (*J.O.*, 2-4-61 et rectificatif *J.O.*, 3 mai 61) cf. ch. IV du décret, articles 18 et suivants.

(7) Auquel doit être joint une fiche d'état civil.

(8) Jugement comm. de 1re instance de la Mayenne, du 30-I-62 (publ. D. Gamex F. 27-2).

(9) Le chef d'exploitation doit déclarer quels sont les aides salariés permanents.

L'immatriculation proprement dite est effectuée par la M.S.A. en sa qualité d'organisme-pivôt (10).

Si l'assujetti n'a pas été affilié dans le délai de trente jours, l'inspecteur départemental des lois sociales de l'agriculture le met en demeure de s'affilier. Au cas où cette mise en demeure resterait sans effets, dans le délai d'un mois, l'intéressé est affilié d'office (11).

L'affiliation par le chef d'exploitation à un organisme assureur est valable pour l'année en cours, et les deux années suivantes. Elle se renouvelle par tacite reconduction sauf dénonciation (12) adressée à l'inspecteur des Lois sociales en agriculture, dans la circonscription duquel se trouve l'exploitation ou l'entreprise.

Pour être valable, la dénonciation doit indiquer le nouvel organisme d'assurance choisi.

Au cas de modification dans la situation des intéressés, ceux-ci doivent fournir à leur organisme d'assurance tous renseignements nécessaires à leur radiation, dans les trente jours qui suivent la date à laquelle les conditions d'assujettissement cessent d'être remplies.

Si survient un changement à la tête de l'exploitation, le nouveau chef d'exploitation doit signer un bulletin d'adhésion auprès de l'assureur de son choix.

Le chef d'exploitation ou d'entreprise, et les titulaires de rentes ou d'assurances vieillesse agricole sont en outre tenus, sous peine de sanctions, de fournir tous renseignements nécessaires à leur affiliation, que peuvent leur demander les inspecteurs et contrôleurs de la législation sociale agricole (13).

Les obligations d'affiliation et d'immatriculation peuvent, dans certains cas particuliers, occasionner des difficultés dont la principale résulte d'un cumul de qualités sur le même assujetti.

Il se peut en effet qu'un chef d'exploitation exerce par ailleurs une activité d'aide familiale sur une autre exploitation : dans ce cas, la qualité de chef d'exploitation doit prévaloir, si l'exploitation dont il est le chef est d'une importance au moins égale à la moitié de l'exploitation type.

L'on adopte la même solution vis-à-vis de retraités ou d'allocataires du régime vieillesse des non-salariés agricoles, qui ont en même temps la qualité d'exploitants ou d'aides familiaux.

(10) Voir *infra*, II[e] Partie, « La Mutualité sociale agricole ».

(11) Dans les conditions prévues par l'article 20 du décret 61-295 du 31-3-1961.

(12) Adressée par L.R. 3 mois au moins avant l'expiration de chaque période de deux ans.

(13) Article 22, D. 61-295 du 31-3-1961, à défaut de réponse dans le délai d'un mois, ou en cas de réponse inexacte ou incomplète, le chef d'exploitation est passible d'une amende de 60 à 200 F.

Plus complexe est la situation de l'exploitant mineur, suivant que son père est ou n'est pas lui-même exploitant.

Il convient d'admettre (14) que l'obligation d'assurance incombe au père, en raison des pouvoirs d'administration qu'il détient en sa qualité de tuteur légal (art. 389 du Code civil), sauf au cas où il aurait donné l'exploitation à « ferme » (15).

Si le père est lui-même exploitant, il sera immatriculé au siège de l'exploitation principale, et cotisera compte tenu du revenu cadastral global des deux exploitations.

Dans le cadre de l'obligation d'assurance, rappelons enfin que doivent être acquittées régulièrement, sous peine des sanctions prévues, les cotisations appelées (16).

§ 2. — Obligation de justifier les dépenses pouvant donner lieu à prestations.

Il est indispensable que l'organisme assureur puisse exercer un contrôle sur la cause, la nature et l'étendue des dépenses occasionnées par l'assujetti, avant de déterminer et de lui verser les prestations correspondantes.

C'est pourquoi l'assuré doit remplir certaines formalités, sous peine de déchéance de son droit aux prestations.

I. — Tout d'abord, l'assuré doit justifier de sa maladie, et des frais de soins et de fournitures encourus.

Toute intervention médicale donne lieu à l'établissement d'une feuille de soins du modèle fixé par arrêté interministériel en vue de permettre la liquidation des droits de l'assuré (17). Cette feuille est valable pour une période de quinze jours à compter du premier acte médical y figurant. Toutes les formalités concernant cette feuille de soins sont les mêmes que celles requises en régime général des salariés.

Rappelons que la feuille de maladie doit être adressée dans un délai de 45 jours à compter du premier acte médical y figurant. L'assuré doit y joindre l'ordonnance du médecin comportant éventuellement prescription de soins et fournitures. Cette ordonnance doit inclure en outre les prix des médicaments, et la somme payée par l'assuré. En cas de médicaments spécialisés, l'assuré doit y coller les vignettes de cautionnement de ces médicaments.

(14) Lettre n° 1/2.550, Dir. des A.P.P.S. (cf. 9) du 4-9-1963.
(15) Le fils bénéficie alors des avantages accordés aux enfants d'exploitants.
(16) Voir *supra*, 1re Partie, chap. II, sect. I, § 2.
(17) Article 27, D. 61-294 du 31-3-1961.

II. — De plus, l'assuré doit, sous peine de déchéance, informer le contrôle médical de l'exécution de certains actes médicaux (18).

L'assuré doit alors adresser au contrôle médical un « bulletin d'information » complété par son médecin ayant ordonné les soins. Egalement sous peine de déchéance, l'assuré doit préalablement, à l'exception de certains autres actes médicaux (19) adresser au contrôle médical une demande « d'entente préalable » rédigée par son médecin. Ces formalités sont identiques à celles requises en régime général des salariés. Précisons que le contrôle médical s'exerce toutes les fois qu'il est jugé nécessaire dans l'intérêt du malade, en vue d'éviter des abus de prestations. L'assuré est tenu de se soumettre à ce contrôle, ainsi qu'aux traitements et mesures de toute nature qui seraient prescrits d'un commun accord par le contrôle médical et le médecin traitant : faute de se soumettre au contrôle, l'assuré peut voir ses prestations suspendues, réduites ou supprimées.

(18) Il s'agit des actes dont la cotisation aux nomenclatures des actes professionnels des praticiens est suivie de la lettre B. et la plupart des actes en série quand ils comportent plus de 10 séances.

(19) Les actes médicaux dont la cotation est suivie de la lettre « E », les frais d'actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, frais de cure et rééducation, et frais d'appareillage ou de prothèse.

DEUXIEME PARTIE

LE FONCTIONNEMENT DU RÉGIME A.M.E.X.A.

CHAPITRE PRELIMINAIRE

LE LIBRE CHOIX DE L'ORGANISME ASSUREUR

SECTION I

LE PROBLEME DE LA GESTION

Après avoir défini les principes généraux de l'A.M.EX.A., le législateur se devait de rechercher les conditions d'un fonctionnement satisfaisant du régime.

La principale question qui se posait avait tout naturellement trait à la gestion de l'assurance. Il s'agissait, en fait, de déterminer quels organismes seraient susceptibles d'assurer la gestion de l'A.M.EX.A., ou d'y participer, ce, au mieux des intérêts des assujettis.

L'organisme qui semblait *a priori* le plus apte à gérer l'assurance était, bien entendu, la mutualité sociale agricole, déjà responsable du fonctionnement des divers régimes sociaux obligatoires en matière agricole, et disposant ainsi d'une infrastructure administrative, commune à tous ces régimes, auxquels celui de l'A.M.EX.A. semblait devoir aisément se greffer.

Mais l'on ne pouvait, par ailleurs, négliger le fait que l'assurance maladie des exploitants, si elle devenait obligatoire, n'était pas une nouveauté : il était difficile d'exclure d'emblée, au seul bénéfice de la M.S.A. tous les autres organismes qui assuraient jusqu'alors la garantie de ce risque, et avaient fait œuvre de pionniers en ce domaine. Ces organismes étaient, d'une part, les Caisses mutuelles régies par la loi du 4 juillet 1900, et les Caisses mutualistes régies par l'ordonnance du 19-I-1945 et, d'autre part, toutes les entreprises d'assurances régies par le décret du 14 juin 1938. Divers systèmes se firent jour, opposés selon qu'ils étaient élaborés, soit par les parti-

sans d'une unicité de gestion, soit au contraire par ceux qui préconisaient une pluralité d'organismes gestionnaires.

I. — Certains envisagèrent tout d'abord un système d'unicité absolue, consistant à confier entièrement à la M.S.A. le soin de gérer la nouvelle assurance, sans participation de quelque organisme que ce soit.

Tel était, sur ce point, le projet gouvernemental, qui prévoyait une gestion exclusive de l'assurance par la M.S.A., sauf à permettre certaines conventions avec les Sociétés mutualistes et Caisses mutuelles, pour associer celles-ci aux opérations d'encaissement des cotisations, et de règlement des prestations.

Procédait également de l'idée d'unicité, le système consistant à dissocier la responsabilité de la gestion, qui incomberait à la M.S.A., et les opérations purement matérielles qui pourraient être effectuées non seulement par la M.S.A., mais encore par les Caisses mutuelles et Sociétés mutualistes, ou même par toutes les autres Sociétés d'assurance. Dans ce système, l'assujetti ne disposait en fait que d'une liberté dite de « guichets », son choix ne portant que sur l'intermédiaire chargé des opérations d'immatriculation, d'encaissement des cotisations, et de versement des prestations. Ce système apparut aux partisans de la pluralité comme une simple atténuation des conséquences d'une trop rigoureuse unicité : une telle liberté ne pouvait s'exercer que sur l'accessoire, et non sur la responsabilité même de la gestion. L'on parla de « fausse liberté ».

II. — D'autres défendirent un système de pluralité intégrale, permettant l'égal concours de tous les organismes assureurs à la gestion du nouveau régime, de telle sorte que le libre choix de l'assuré puisse s'exercer vis-à-vis de tout organisme d'assurance agréé. L'Assemblée nationale soutint fermement ce système, sauf à laisser à la M.S.A. le rôle d'organisme-pivot sur le plan administratif.

Un système basé sur une pluralité limitée d'organismes assureurs avait été défendu, en particulier par la Commission des affaires sociales du Sénat, selon lequel l'assujetti ne pourrait exercer librement son choix qu'entre la M.S.A. d'une part, et les Caisses mutuelles et Sociétés mutualistes d'autre part, à l'exclusion des entreprises d'assurance soumises aux dispositions du décret de 1938.

Le législateur devait donc apprécier lequel de ces systèmes répondait le mieux aux impératifs d'une gestion destinée avant tout à satisfaire les assujettis.

Les débats parlementaires, dont la passion n'a pas exclu quelque confusion, se politisèrent malheureusement autour de ce problème d'ordre essentiellement technique, et l'on vit s'affronter, tant au Sénat qu'à l'Assemblée nationale, les partisans du libre choix et ceux

du monopole, les uns se réclamant de libéralisme, les autres de conceptions « socialistes ».

Section II

MONOPOLE OU PLURALITE ?

Avant d'aborder au fond l'analyse comparative des deux systèmes de gestion, il importe de souligner que le législateur, par la loi du 25 janvier 1961, imposait une nouvelle obligation aux exploitants agricoles, à savoir celle de cotiser au régime qu'il instituait. Il pouvait sembler difficile d'imposer aux travailleurs indépendants que sont les exploitants agricoles, un monopole de gestion, constituant en quelque sorte une seconde obligation, susceptible d'être accueillie par ces intéressés eux-mêmes beaucoup plus mal que la première. En effet, la contrepartie de l'obligation d'assurance ne pouvait être qu'une amélioration de la qualité des services.

Or, il est bien évident que les personnes les mieux placées pour apprécier la diligence ou la compétence de tel ou tel organisme étaient les intéressés eux-mêmes. Pourquoi, dès lors, s'opposer impérativement à ce qu'ils exercent librement leur choix de l'organisme devant les assurer ?

§ 1. — Objections formulées à l'encontre du principe du libre choix.

L'argumentation développée par les partisans du système uniciste est le plus souvent négative, et revêt parfois l'aspect d'un procès — plus ou moins partial — du système pluraliste.

Comme l'a fort bien noté le Docteur J.-R. Debray (1), membre de l'Institut, « lorsqu'on relit les débats parlementaires intervenus à ce sujet, l'on est frappé par le peu de poids des arguments avancés par les partisans du monopole de gestion. Il s'agissait plutôt d'idées reçues, d'habitudes de pensée, celle notamment qu'il fallait établir une égalité de traitement avec la quasi-totalité des autres français, et qu'en conséquence les exploitants agricoles (puisqu'ils avaient reconnu que l'obligation était nécessaire) n'avaient qu'à être pris en charge par la Sécurité sociale — c'est-à-dire par son homologue dans les campagnes, la M.S.A. ».

(1) « Les nouvelles formes de l'assurance maladie obligatoire », article publié dans la « Revue politique des idées et des institutions », n° 1 de mars 1963.

L'on tenterait en vain de justifier cet *a priori* en invoquant la notion de « risque social », dont la gestion incomberait forcément à un organisme jouant le rôle de sécurité sociale : quel est, à notre époque, le risque qui n'est pas « social » ?

L'on ne voit pas pourquoi l'on refuserait d'emblée aux organismes autres que la « M.S.A. » la possibilité de gérer le risque A.M.EX.A., puisque les Sociétés d'assurance et les Caisses mutuelles et mutualistes assurent bien la gestion des accidents du travail agricoles, risque pour le moins aussi « social » que l'A.M.EX.A. (2).

Il nous faut rechercher, tant en fait qu'en droit, des arguments plus sérieux dont certains n'ont pas été approfondis, ni même avancés lors des débats parlementaires, par les adversaires du « libre choix ».

I. — L'inconvénient majeur d'un système pluraliste serait, a-t-on dit, une complication du contrôle et une augmentation des frais de gestion : l'Etat serait contraint de recruter plusieurs centaines de fonctionnaires pour renforcer les organismes administratifs de contrôle.

Cette affirmation globale soulève les remarques suivantes :

— Tout d'abord, il ne semble pas que la multiplicité des organismes assureurs alourdisse la gestion, puisque, si l'on veut bien se placer du point de vue des assurés, et non de l'administration, cette structure décentralisée rapproche l'assurance de l'assuré, chaque assujetti choisissant la solution pour lui la plus commode.

Dès lors qu'il y a liberté de choix, les gestions trop lourdes disparaissent d'elles-mêmes, soit par déficit financier, soit par désaffection des assurés.

— Ensuite, l'on peut valablement prétendre que la multiplicité d'organismes assureurs modifie en partie la nature du contrôle et le simplifie plutôt.

En effet, dans un système de monopole, la pression inflationniste de la base joue sans freins, et à sens unique pour faire basculer le régime dans le déficit : les difficultés que connaît endémiquement la Sécurité sociale, dont les dépenses ont crû sans aucune commune mesure avec l'augmentation du revenu national, illustrent parfaitement ce processus. De plus, le contrôle, pour être efficace, doit être étendu, strict, et inquisitoire : il est d'autant plus mal supporté que la population à contrôler est dispersée territorialement, particulariste, et jalouse de son indépendance (3).

(2) Ce, bien qu'il ne comporte pas obligation d'assurance : l'employeur de salariés agricoles PEUT s'assurer, soit auprès d'une Cie d'assurances à primes fixes, soit auprès d'une Caisse mutuelle agricole (art. 1144 et s. du Code rural).

(3) Le contrôle de la paysannerie en U.R.S.S. pose un grave problème.

Au contraire, dès qu'il n'y a plus monopole, l'émulation organisée, avec sa sanction globale, l'échec ou la réussite, est une garantie de bon rendement, et constitue la forme de contrôle la plus simple, la moins coûteuse et la mieux supportée : le contrôle de l'administration, au lieu de descendre dans le détail, peut alors se contenter d'un contrôle par sondages sur quelques cas, puisque chaque organisme, soumis à la pression concurrentielle, est menacé de retrait d'agrément, et ne peut faire autrement qu'éviter les abus, ce qui revient à assurer lui-même un contrôle efficace et adapté aux exigences psychologiques des intéressés.

II. — Dans le cadre de l'unicité, a-t-on souligné, la M.S.A. dispose, tant sur le plan social que médical, d'un équipement adapté à ses besoins. Or, la loi de janvier 1961 prévit une participation de l'Etat basée, comme nous l'avons vu, sur le revenu cadastral. La M.S.A. qui dispose de fichiers cadastraux, déjà utilisés tant en matière d'allocations familiales qu'en matière d'assurance vieillesse, se verrait donc sollicitée par les autres organismes, et verrait ainsi augmenter ses charges.

Cette remarque sur l'existence d'un fichier cadastral constitué par la M.S.A. est très exacte : mais il s'agit là d'un point secondaire, insuffisant à lui seul pour faire pièce au principe du libre choix. D'ailleurs, il apparaît que cette question a trait, plutôt qu'aux principes de gestion eux-mêmes, à l'organisation administrative du régime : une gestion pluraliste n'exclut aucunement la possibilité de relier à la M.S.A., prise en qualité d'organisme-pivot, les opérations de contrôle administratif dans le cadre de l'A.M.EX.A.

III. — Nous avons relevé, auprès de griefs généraux formulés à l'encontre du système pluraliste, nombre d'arguments dirigés essentiellement contre une participation des Sociétés d'assurances régies par le décret du 14 juin 1938, à la gestion de l'A.M.EX.A. :

a) l'intervention des Sociétés d'assurance rendrait plus difficile la décentralisation souhaitable des organismes liquidateurs, qui peut être, au contraire, facilement réalisée par la M.S.A. en collaboration avec les Mutuelles régies par la loi du 4 juillet 1900 et l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Une telle affirmation nous paraît inexacte; en effet, si la M.S.A. est actuellement décentralisée, grâce à l'existence de ses Caisses départementales, les Sociétés d'assurance ont une organisation au moins aussi décentralisée, disposant de véritables succursales régionales largement autonomes, et de réseaux d'agents d'assurance, guichets ambulants qui se rendent au domicile de l'assuré.

Il est incontestable que ces quelque 50.000 agents généraux, agents et sous-agents, représentent les moyens de rapprocher l'assurance de l'assuré à la satisfaction de ce dernier.

b) Dans le même ordre d'idée, l'on pourrait prétendre que l'intervention de sociétés non mutualistes dans la gestion de l'assurance maladie entraînerait des difficultés dans la mise en œuvre d'une politique de prévention et d'action sanitaire et sociale.

Mais il s'agit là d'une pétition de principe.

L'on ne voit pas en effet pourquoi les Sociétés d'assurance n'accepteraient pas de verser un pourcentage pouvant leur être réclamé sur un pied d'égalité avec les autres organismes, et collaborer même avec ceux-ci pour gérer et promouvoir le Fonds ainsi créé.

Le législateur institua d'ailleurs par la loi de janvier 1961 (4) un Fonds spécial d'action sociale, qui ne fonctionne pas encore pour certaines raisons que nous serons amenés à préciser ultérieurement.

c) Un argument beaucoup plus sérieux consisterait à se demander pourquoi les Sociétés d'assurance tenaient à participer activement à la gestion de l'A.M.EX.A., alors qu'elles ne pouvaient retirer aucun profit de l'assurance.

— D'abord, l'on peut répondre que les sociétés d'assurance étaient soucieuses de continuer à faire bénéficier leurs assurés d'un service sans cesse amélioré.

Les Sociétés d'assurance, à tort considérées comme ayant toutes un but lucratif, entendent rester fidèles à leur vocation d'assureurs, même lorsque les risques garantis deviennent, par l'intervention du législateur, des risques dits « sociaux », excluant toute idée de profit.

Il convient de rappeler que plus de deux cents sociétés sont des organismes d'assurance mutuelle, observant la charte de la mutualité, et ne pouvant, partant, poursuivre un but lucratif. En outre, à l'époque de la loi sur l'A.M.EX.A., les trente-trois plus importantes compagnies d'assurances ont été nationalisées par la loi du 16 avril 1946. L'on ne saurait, enfin, perdre de vue que le pourcentage des bénéfices des autres Sociétés d'assurance oscillait, au cours des dix années antérieures à 1961, autour de 1 % (5).

— Il était en outre légitime que les Sociétés d'assurance tinssent à garder le contact avec leurs clients agriculteurs assurés dans le domaine « maladie », contre les risques complémentaires des risques obligatoires, et dans d'autres domaines : il était à craindre à la lon-

(4) Article 1106-4, Code rural.

(5) Maximum : 2,380 % en 1954 ; minimum : 0,440 % de perte en 1949 selon les chiffres publiés dans les rapports annuels du min. des Finances au Président de la République.

gue, que la M.S.A., forte d'un monopole en matière de maladie, n'absorbât l'assurance des risques complémentaires (6), et que les Caisses mutuelles ne s'emparassent des autres risques (tels que l'incendie, la grêle, la mortalité du bétail), aidées sur ce plan par l'action de la M.S.A. Cette crainte n'était pas vaine, et nous aurons l'occasion de préciser quels liens étroits unissent les Caisses mutuelles et mutualistes, et les Caisses de M.S.A.

Loin de considérer l'A.M.EX.A. comme un tremplin leur permettant « d'augmenter » leur portefeuille rural, les Compagnies d'assurance désiraient seulement ne pas perdre à long terme leur clientèle des campagnes.

L'on comprend mieux pourquoi, dans ces conditions, les Sociétés d'assurance françaises, suivant en cela les Compagnies des Etats-Unis et d'Allemagne fédérale, considèrent qu'elles n'ont pas le droit d'abandonner la garantie d'un risque sous prétexte que cette garantie, devenant obligatoire, vient à être réglementée par les Pouvoirs publics.

d) Certains partisans de l'unicité avancèrent aussi que l'activité des Sociétés d'assurance, dans le domaine de l'assurance maladie des exploitants agricoles, était insignifiante et, par conséquent, n'habilitait pas ces sociétés à garantir les risques définis pas le législateur.

Lors des débats parlementaires de 1960, le ministre de l'Agriculture, précisait en effet que les Sociétés d'assurance n'avaient encaissé, en 1957, qu'un peu moins de 2 milliards d'AF de primes pour le risque envisagé, alors que les dépenses d'un régime d'assurance maladie des non-salariés des professions agricoles, s'il était identique à celui des salariés, s'élèverait à plus de 100 milliards de francs par an. Cette remarque était bien exacte.

Mais il était illogique et peu objectif de prétendre conclure que le rôle joué jusqu'alors par les Compagnies d'assurances dans l'assurance maladie des exploitants agricoles n'avait pas été important, et qu'il convenait, dans ces conditions, de leur interdire toute immixtion dans ce domaine. En effet si, en 1957, les Sociétés d'assurance avaient recueilli à peine 2 milliards de primes, les Caisses mutuelles (loi de 1900) n'avaient reçu que 316 millions de cotisations.

En outre, si l'action éducative des Sociétés d'assurance et des mutuelles de *toute nature n'avait abouti qu'à garantir seulement 10 % des exploitants agricoles* contre le risque maladie, ce peut être parce qu'une telle action avait été menée sans aucune aide de l'Etat, auprès d'une catégorie sociale défavorisée et ne pouvant parfois, mal-

(6) L'article 1106-9, alinéa 3 du Code rural lui en donne la possibilité.

gré son désir, distraire de ses revenus les moindres dépenses de prévoyance ou de sécurité.

Il était donc pour le moins injuste, à la veille d'instituer une assurance obligatoire, de faire table rase des efforts réels encore que dispersés déployés par les Sociétés d'assurance dans le domaine de l'assurance maladie des exploitants.

e) Un dernier argument contre la participation des Sociétés d'assurance évoquait certaines difficultés qui se poseraient au sujet des Compagnies étrangères, celles-ci ne pouvant s'intéresser à la couverture de tels risques. Une telle crainte, d'ailleurs informulée, était bien peu fondée si elle avait trait au détournement éventuel de « bénéfice » sur la garantie des risques dits « sociaux », au profit d'Etats étrangers.

Si ces sociétés venaient à s'intéresser à la couverture du risque dans des conditions jugées dangereuses par les Pouvoirs publics, ceux-ci disposent de deux armes efficaces, à savoir : le jeu du plafond des cotisations, et le retrait d'habilitation, sans parler des ressources de l'arsenal fiscal.

Dès lors que l'assurance maladie des agriculteurs était organisée dès l'origine sur une base déficitaire, et reposait sur une subvention du Trésor, l'on disposait, avec les mutuelles, par exemple, d'un véritable thermomètre plongé au sein de la masse des assurés et indiquant le coût exact de la garantie des risques obligatoires.

L'on ne voit pas pourquoi l'on pouvait redouter l'admission des Compagnies étrangères.

§ 2. — Justification du système pluraliste.

L'argumentation des partisans du système pluraliste s'articulait autour de la notion de liberté, liberté laissée à l'assujetti de choisir pour tous motifs valables à ses yeux, son assureur pour la garantie du risque maladie, et de conserver le droit de changer de groupement s'il estimait n'être pas traité comme il le désirait.

I. — Le libre choix devait entraîner entre les assureurs une saine émulation, susceptible d'améliorer la qualité des services. L'on pouvait objecter que la concurrence et l'émulation ne jouaient pas vraiment dans un dispositif où tout est réglementé par un R.A.P., qu'il s'agisse du taux des cotisations, des tarifs de prestations, du contrôle médical, ou de l'interdiction de réaliser des bénéfices.

Mais il restait bien une concurrence possible, qui garde une grande importance aux yeux des hommes, celle où joue la qualité des rap-

ports humains (7). Entendons par là l'aide apportée aux exploitants pour remplir toutes sortes de formalités dans le cadre des obligations qui lui incombent et surtout la diligence que peuvent montrer les organismes assureurs quant au règlement des prestations.

II. — Un second argument fort sérieux exprime la crainte de voir de plus en plus s'exercer l'emprise de l'Etat sur la gestion des Caisses de M.S.A. et de voir éliminer, partant, les agriculteurs de la gestion effective des Caisses. Nous verrons, au sujet de la M.S.A., que cette crainte n'était point vaine (8).

Le monopole constitué au bénéfice d'un organisme soumis de plus en plus étroitement au contrôle de l'Etat risquerait, à la longue, d'être préjudiciable aux intérêts des agriculteurs : ceux-ci cesseraient rapidement d'être considérés comme des « assurés » et risqueraient d'être traités en « assujettis » par l'organisme monopoliste, avec toutes les conséquences fâcheuses sur le plan humain que peut comporter une telle situation. « Un guichetier bienveillant de nature peut devenir parfois un personnage de Kafka dans un système monopoliste » a pu écrire le Docteur J.-R. Debray (9).

III. — Un dernier argument doit, à notre sens, clore le débat en faveur de la thèse pluraliste : qui, mieux que les intéressés eux-mêmes, sont à même d'apprécier les mérites comparés des deux systèmes de gestion ? Si les avantages du pluralisme d'organismes assureurs ne s'avèrent pas convaincants, au terme d'une certaine période, il sera toujours temps de revenir à un système monopoliste. Au contraire, un mouvement inverse serait irréversible, comme il advient le plus souvent en pareil cas.

Bref, ces raisons prévalurent, comme en témoigne le caractère massif des votes émis à l'Assemblée nationale (10).

§ 3. — Le libre choix institué par la loi de 1961.

La pluralité de gestion constitue l'innovation essentielle de la loi du 25-I-1961, essentielle, car elle consacre un principe dont l'importance, tant sur le plan doctrinal qu'en pratique, est considérable en matière d'obligation d'assurance.

(7) L'argumentation en faveur du système pluraliste fut bien exposée par M. le sénateur Hector Dubois, lors d'une séance du 30-X-60 (*J.O.*, 21-X-60, S. p. 1321).
Telle était aussi la thèse du 9 février, J.-R. Debray, membre de l'Institut (séance du 12-7-60, *J.O.*, 13-7-60, A.N., p. 1863).
(8) Cf. chap. I, § 1 « La M.S.A. », II.
(9) Article paru dans le journal « L'observateur » du 13-2-61, p. 185.
(10) En faveur de la pluralité, 360 voix contre 130, le 13-7-1960 ; 363 voix contre 123, le 29-XI-1960.

Il s'agit bien d'une pluralité limitée, l'émulation ne pouvant jouer que sur la qualité des services, et pondérée, le législateur prenant soin de disposer, avant d'énoncer le principe du libre choix dans l'article 1106-9 du Code rural, que l'unicité du régime d'A.M.EX.A. est réalisée par la M.S.A. qui joue le rôle d'organisme-pivot dans les conditions que nous serons amenés à préciser.

En son application pratique, le principe soulève peu de difficultés.

Un seul cas peut être évoqué, ayant trait à la reprise de l'exploitation par un membre de la famille : il avait été admis (11) que le fils devenant chef d'exploitation ou d'entreprise agricole au lieu et place de son père, était lié par le choix de l'organisme assureur exprimé par ce dernier. Revenant sur cette prise de position, le ministre de l'Agriculture se fondant sur l'esprit de la loi, avait retenu (12) que le fils aide-familial succédant à son père en tant que chef d'exploitation, n'était pas lié par l'organisme assureur de ce dernier, et pouvait en conséquence s'affilier à l'organisme assureur de son choix.

Mais une jurisprudence contraire se fit jour (13), estimant que si la qualité d'un assujetti venait à être modifiée pendant la période d'affiliation fixée par l'article 1106-10 du Code rural (soit l'année civile en cours et les deux années suivantes, le renouvellement s'effectuant tacitement, sauf dénonciation), cette modification ne permettait pas un changement d'assureur qui ne saurait intervenir que dans les conditions de forme fixées par le texte précité : en conséquence, l'aide devenu chef d'exploitation est tenu d'adhérer en cette nouvelle qualité à l'organisme auquel il était affilié en tant qu'aide familial. Quant à la veuve d'un exploitant devenant elle-même chef d'exploitation, la même jurisprudence devrait logiquement s'appliquer, ce malgré les instructions contraires du ministre de l'Agriculture (14) qui admet l'adhésion de la veuve auprès de l'assureur de son choix sitôt qu'elle prend la qualité de chef d'exploitation.

Cette dernière solution paraît préférable à celle retenue par la jurisprudence et semble en tout cas plus conforme à l'intention du législateur.

Les dispositions de l'article 1106-10 n'y font point obstacle, si l'on admet que ce texte ne concerne, outre les organismes assureurs,

(11) Colloque des inspecteurs de l'I.L.S.A., juin 1961.

(12) Lettre du 20 mai 1963.

(13) Décision de la Comm. de 1re instance du Morbihan, 28-6-63, C. de M.S.A., Ramex (inédit).

(14) Lettre n° 301 de la Direction des A.P.P.S. à un inspecteur départemental (affaires professionnelles et protection sociale).

que l'adhérent initial, et non les personnes qui viendraient par exemple à lui succéder à la tête d'une exploitation. A notre sens, le libre choix doit rester une faculté essentiellement attachée à la personne de celui qui peut l'exercer.

CHAPITRE PREMIER

LES ORGANISMES ASSUREURS

Il faut entendre par « organismes assureurs » du régime A.M.EX.A., d'abord la Mutualité agricole, ensuite, la Mutualité 1945 (Sociétés mutualistes), enfin les Sociétés d'assurance.

Section I

LA MUTUALITE AGRICOLE

Il importe dès à présent de distinguer, sous la dénomination générale de « Mutualité agricole », d'une part la M.S.A. ou Mutualité sociale agricole (1), d'autre part la « Mutualité 1900 » régie par la loi du 4 juillet 1900.

Chacune de ces deux institutions ont, comme nous le verrons, leur objet propre bien déterminé, leur autonomie juridique constitutive, et l'autonomie de leurs organes.

Cette distinction est en fait celle de l'« Economique » et du « Social », distinction en soi peu logique : la bonne marche d'une exploitation dépend tout autant de la santé physique de l'exploitant, que de la qualité du matériel utilisé.

Historiquement, la distinction n'existe pas, car les Sociétés de secours mutuel indemnisèrent indifféremment des risques aujourd'hui séparés.

Bref, les risques dits « économiques sont réputés relever de la "Mutualité 1900", les risques dits "sociaux" » ou activités sociales se rattachant plutôt aux Caisses de M.S.A.

(1) Loi du 5 avril 1928.

La distinction est d'ailleurs plus apparente que réelle, car l'on voit la Mutualité 1900 assurer le travailleur agricole salarié ou non salarié, et sa famille, dans le domaine éminemment social des accidents du travail.

Tandis que la M.S.A., développant par exemple l'enseignement ménager agricole, améliore ce faisant les conditions économiques de l'exploitation agricole.

En pratique, il s'est avéré que les personnalités composant les conseils d'administration de chacune de ces deux institutions sont bien souvent les mêmes dans la même circonscription à l'échelon départemental : Il n'est pas rare, en effet, que le président de l'une soit en même temps vice-président de l'autre.

L'existence de ces conseils communs, et les rapports étroits de ces deux institutions furent à l'origine de l'entité « Mutualité agricole » : la Loi du 8 juin 1949 créa l'organisme national commun appelé « Union des Caisses centrales de la Mutualité agricole » (article 1236 C.R.). L'U.C.C.M.A. groupe en son sein les trois Caisses centrales de Mutualité sociale agricole, les quatre Caisses centrales de Mutualité 1900 (risques accidents, incendie, mortalité de bétail et grêle) et la Caisse centrale de Prévoyance mutuelle agricole (2).

L'Union des Caisses centrales est administrée par un conseil lui-même composé d'un nombre égal de délégués de la M.S.A. et de la Mutualité 1900; elle est chargée de gérer les intérêts communs des Caisses, et de coordonner leurs activités.

Les opérations de la Mutualité agricole sont soumises au contrôle du ministre de l'Agriculture et du ministre des Finances.

L'Union des Caisses centrales n'empêche pas la Mutualité économique 1900 d'invoquer souvent son autonomie de droit, et de manifester ses réticences à un contrôle d'Etat jugé trop envahissant : nous reviendrons précisément sur ce point à propos de la M.S.A.

§ 1. — La M.S.A.

I. — Généralités.

La M.S.A. est un organisme de caractère professionnel, assumant dans des conditions réglementaires et sous la responsabilité d'un conseil d'administration élu, la gestion des différents avantages sociaux que la loi a rendu obligatoires au bénéfice des travailleurs salariés et non salariés des professions agricoles. Elle est ainsi char-

(2) Il s'agit essentiellement d'un organisme de retraité complémentaire pour les salariés des organisations professionnelles agricoles.

gée, sous le contrôle de l'Etat, « d'une mission d'intérêt général constituant un service public » (3).

La M.S.A. gère les avantages sociaux concernant les travailleurs agricoles : mais son développement, dans le cadre de la politique sociale du monde agricole, s'est trouvé limité à cause de l'expansion de la Mutualité 1900 préexistante, expansion telle qu'il ne parut pas nécessaire de confier à la M.S.A., par exemple, la gestion des accidents du travail.

Dans le cadre des avantages sociaux institués par la loi, la M.S.A. gère de façon exclusive (4) les assurances sociales agricoles obligatoires (régime des salariés agricoles), les prestations familiales agricoles, l'assurance vieillesse agricole, et concurremment avec les mutualités 1900 et 1945, et les Sociétés d'assurance, l'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles (5). La M.S.A., enfin, consent l'attribution éventuelle de prestations non prévues par les lois sociales et destinées à les compléter, et développe des institutions ou établissements destinés à améliorer l'état sanitaire et social des populations agricoles, ce dans le cadre de l'action sanitaire et sociale : cette action est destinée essentiellement à aider « les membres des professions agricoles en ce qui concerne l'application des législations sociales, ainsi que l'amélioration de leurs conditions d'existence » (6).

II. — La M.S.A., organisme professionnel et mutualiste.

A. — Lorsque la « profession agricole » prit conscience de la nécessité d'une organisation sociale et d'une émancipation professionnelle, elle adopta des formules qui lui étaient propres.

Comme on l'a souligné (7) « elle a toujours répugné à se couler dans ce qui était, à l'origine, le droit professionnel par excellence : le droit commercial, en qui elle a vu le droit de la mobilité et de l'aventure, alors qu'elle recherche la sécurité, trop atteinte par les aléas naturels pour admettre en plus celui du marché économique ».

Les agriculteurs voulurent assurer leur sécurité économique, sans chercher à distinguer la protection économique et la protection sociale, ce qui explique ce bicéphalisme actuel de la mutualité agricole.

La protection sociale proprement dite fut élaborée à partir de 1928 : la loi du 5 avril 1928 couvrant les risques maladie, invalidité,

(3) C.E., 13 mai 1938 : D.P. 1939-3-65.
(4) Article 1002, Code rural.
(5) Article 1106-9, Code rural (loi du 25-I-61).
(6) Article 11, D. n° 99 du 27-I-1961.
(7) M. Montane de la Roque : « Encycl. Dalloz, Droit social », T. I, n° Agriculture.

vieillesse et décès des salariés, auxquels étaient assimilés certains métayers, confia la gestion du régime à des caisses inter-professionnelles : l'échec fut total, pour les professions agricoles, cette législation intervenant à l'aube d'une crise économique dont les paysans ont très durement souffert.

Par une loi du 30 avril 1930, la gestion de ces risques fut confiée, pour les professions agricoles, à des Sociétés de Secours mutuels auxquelles étaient accordée la participation de l'Etat. Le décret du 5 août 1936 étendant à l'agriculture le régime des prestations familiales, en confia la gestion à des Caisses professionnelles (8).

La loi du 5 avril 1941, devenue l'article 1001 du Code rural, posa le principe suivant : la politique sociale agricole devait relever du ministre de l'agriculture (9).

Enfin, le nouvel article 1002 Code rural dispose que « dans leurs circonscriptions respectives, départementales, ou pluri-départementales, les Caisses mutuelles d'Assurance sociale agricole, les Caisses mutuelles d'Allocations familiales agricoles, et les Caisses mutuelles d'Assurance vieillesse agricole sont fusionnées dans des organismes uniques qui prennent la dénomination de Caisses de M.S.A. et comprennent actuellement :

— un service de recouvrement, contrôle et contentieux;

— des sections dont les opérations font l'objet de comptabilité distincte soit d'Assurance sociale agricole, d'Allocations familiales agricoles, d'Assurance vieillesse agricole et d'A.M.EX.A.;

— les Caisses de M.S.A. peuvent en outre créer une section d'Action sanitaire et sociale.

Ainsi, à l'échelon départemental ou pluri-départemental, les Caisses déterminent et encaissent les cotisations dues par les assujettis, liquident les prestations et les versent aux intéressés dans les conditions requises et mettent en œuvre une politique d'action sanitaire et sociale. A l'échelon national, les Caisses centrales de Secours mutuels agricoles, d'Allocations familiales agricoles, et la Caisse nationale d'A.V.A., ont conservé leur autonomie juridique, effectuant les opérations de réassurance et de compensation, et animent certaines réalisations d'action sanitaire et sociale; en outre, la C. Cle de Secours mutuels agricoles se voit attribuer une gestion technique propre quant aux assurances « invalidité » et « vieillesse » des sala-

(8) Fonctionnant sous le Régime de la Loi du 4-I-1900.

(9) La loi du 8-6-1949 codifiée en grande partie dans le T. II, C.R. sous la dénomination de « Mutualité sociale agricole » vint consacrer la situation juridique de ces organismes nés sous le régime de Vichy, en portant « rétablissement et organisation de l'élection des Conseils d'administration et des organismes de la Mutualité agricole.

riés, et joue le rôle d'organisme « pivot » dans la gestion de l'A.M.EX.A.

B. — La M.S.A. est-elle un organisme mutualiste ?

Certes, les principes de base qui régissent son organisation formelle et inspirent ses objectifs sont d'essence mutualiste.

Nous avons eu l'occasion d'évoquer déjà son adaptation au milieu rural.

D'autres principes peuvent être dégagés : celui de la décentralisation tout d'abord. Les rendements agricoles variant d'une région à l'autre et, partant, les facultés contributives des agriculteurs, il était nécessaire de respecter cette régionalisation et de donner à l'échelon primaire de M.S.A. des responsabilités beaucoup plus importantes que dans les autres régimes de Sécurité sociale. L'article 1002 Code rural (10) prévoit même la création d'un « échelon local » dont le rôle serait principalement consultatif et s'exercerait dans le domaine de l'information et des tâches non techniques. L'échelon local, toutefois, ne doit pas avoir d'autonomie financière, et le conseil d'administration établit ses règles de fonctionnement (11).

Ensuite, le principe de la solidarité professionnelle, qui est le but même de l'institution.

Enfin, le principe d'une gestion désintéressée par des agriculteurs élus (12). Le caractère désintéressé de la gestion réside en l'absence de toute rémunération des administrateurs.

Ajoutons que l'aspect mutualiste de l'institution est renforcée par la constitution d'Unions de la Mutualité agricole :

— A l'échelon départemental ou pluri-départemental, les conseils d'Administration de la Mutualité agricole peuvent créer une Union administrée par un Comité comprenant à nombre égal des délégués des deux branches de la Mutualité agricole (13).

— A l'échelon national, par contre, l'article 1236, Code rural, prescrit de façon obligatoire l'Union des Caisses centrales de la Mutualité agricole « chargée de gérer les intérêts communs desdites Caisses ».

Mais ces considérations ne sauraient dissimuler l'équivoque, l'antinomie même contenue dans ce vocable « Mutualité sociale agricole » : l'idée d'association mutualiste implique une adhésion volontaire, un choix librement exercé : mais dès lors que l'adhésion devient obligatoire, et sans choix possible du système de gestion, peut-on parler

(10) D. du 12-5-1960.
(11) Arrêté du 29-XII-62 (*J.O.*, 16-I-1963).
(12) Conformément aux dispositions de l'article 1004 et suiv. du Code rural.
(13) Article 1237, Code rural.

encore de Mutualité ? Les partisans du système de la pluralité de gestion n'avaient pas manqué de tirer argument d'une telle contradiction dans les termes, et soutenaient, non sans quelque vérité, que la M.S.A. n'avait de « mutualiste » que le nom.

De fait, la crainte d'une Mutualité sociale agricole, placée d'abord sous l'étroite tutelle du ministère de l'Agriculture, puis fondue dans la Sécurité sociale, n'est pas vaine. Ceci nous amène à préciser les limites actuelles de la M.S.A.

III. — Limites de la M.S.A.

La M.S.A. est chargée d'une mission d'intérêt général constituant *un service public* (14) : mais cette mission n'est remplie que sous le contrôle de l'Etat.

A. — Ce contrôle s'exerce tout d'abord par l'intermédiaire du ministre de l'Agriculture, pris en tant que responsable de la Politique sociale agricole. Il exerce sous certaines réserves, vis-à-vis de la M.S.A., les attributions dont dispose le ministre du Travail pour le Régime de Sécurité sociale (15).

Les Services de l'Administration centrale du ministère de l'Agriculture définissent les conditions d'application des textes, et imposent le cadre des renseignements statistiques et financiers nécessaires à l'appréciation du fonctionnement des organismes. Ils élaborent annuellement le rapport au Parlement.

L'Inspection des Lois sociales en Agriculture (I.L.S.A.) est chargée, à l'échelon de ses inspecteurs divisionnaires, « d'une mission de contrôle général, comprenant, en particulier, le contrôle des organismes de M.S.A. sur les plans administratifs, financiers et comptables ». Elle représente donc, en permanence, l'autorité de tutelle auprès des organismes. La plupart des décisions du conseil d'administration des Caisses de M.S.A. doivent être communiquées à l'inspecteur compétent, conformément aux dispositions légales (16). L'inspecteur peut demander un nouvel examen, ou même suspendre l'exécution de telle décision, si elle est maintenue, et saisir le ministre aux fins d'annulation.

B. — De son côté, le ministre des Finances, par l'intermédiaire de l'Inspection générale des Finances, des trésoriers-payeurs généraux, et des receveurs particuliers, exerce un strict contrôle financier des Caisses (17).

(14) Voir *infra*, note (3) chap. I, section I, § 1 (II[e] Partie).
(15) Article 2, D. 60-452 du 12 mai 1960 (*J.O.*, 13 mai 1960).
(16) Article 4, D. 21-I-1961.
(17) Loi du 5 avril 1941. En outre, un contrôleur d'Etat est placé auprès des Caisses centrales (D. 22-4-1958, *J.O.*, du 2 mai 1958).

C. — Enfin, la Cour des Comptes contrôle l'ensemble des activités des organismes de Sécurité sociale pris en tant que services publics, essentiellement sous l'aspect de leur gestion (18).

Sur le plan financier, un « comité départemental d'examen des comptes » fut institué (19) pour vérifier les comptes annuels des organismes de Sécurité sociale et donner son avis, avant approbation par l'autorité de tutelle.

Sur le plan administratif et technique, le contrôle des divers régimes de Sécurité sociale est confié (20) à une inspection générale de la Sécurité sociale, corps interministériel placé en tant que de besoin sous l'autorité du ministre de l'Agriculture en ce qui concerne la M.S.A.

Bref, ce Conseil d'administration n'est pas maître de ses statuts (21), n'est pas libre de choisir ou de révoquer le personnel de direction (22), se trouve soumis à un contrôle très strict dans ses décisions, et se voit astreint à soumettre au contrôle du ministre même son budget administratif et son budget d'action sociale.

Force nous est de constater qu'il lui reste bien peu d'indépendance, et que la Caisse de Mutualité sociale agricole se différencie maintenant fort peu d'un organisme fonctionnarisé : le terme de « M.S.A. » doit donc s'entendre sous de sérieuses réserves...

§ 2. — La Mutualité Economique, dite « Mutualité 1900 ».

I. — Généralités.

La Mutualité économique, régie par la loi du 4 juillet 1900, est constituée par les Caisses d'Assurance et de Réassurance mutuelles agricoles. Elles semblent avoir pour origine les « Sociétés de Secours mutuel professionnelles » : ces Sociétés résultèrent d'initiatives locales. Dans le courant du XIX[e] siècle, l'assurance privée se généralisant, l'on était parti de l'idée suivante : les souscripteurs de polices d'assurances pour un risque donné tel que l'incendie, pouvaient avoir versé des primes pendant des années sans qu'aucun sinistre ne survienne. Il pouvait être plus économique pour les cultivateurs d'une même commune de supporter collectivement, par voie de répartition, les conséquences d'un sinistre survenant à l'un d'entre eux. Le système

(18) Article 1247 Code rural (R.A.P. n° 509 du 8 mai 1950).

(19) Par D. n° 24 du 11-1-1961 : ce comité comprend : le T.P.G. du département, le Directeur régional de la Sécurité sociale et l'Inspecteur départemental de l'I.L.S.A.

(20) D. 452 du 12 mai 1960, article 4 (*J.O.*, 13 mai 1960).

(21) D. 12 mai 1960, article 52 (*J.O.*, 13 mai 1960).

(22) D. 12 mai 1960, article 19 (*J.O.*, 13 mai 1960).

se perfectionna, prévit un versement provisionnel de « cotisations », les excédents étant reversés en fin d'année.

Le mouvement se développa empiriquement.

Une loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels pouvait constituer un cadre utile pour les mutuelles, mais tel n'était pas là le but du législateur. C'est pourquoi le loi du 4 juillet 1900 régularisa la situation et permit l'extension du mouvement mutualiste.

Cette loi disposait, dans son article unique :

> « Les Sociétés ou Caisses d'assurances mutuelles agricoles qui sont gérées et administrées gratuitement, qui n'ont en vue et qui en fait ne réalisent aucun bénéfice, sont affranchies des formalités prescrites par la loi du 24 juillet 1867 et ce décret du 22 janvier 1868 relatifs aux Sociétés d'assurances. « Elles pourront se constituer en se soumettant aux prescriptions de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels. » Les Sociétés ou Caisses d'assurances mutuelles agricoles ainsi créées seront exemptées de tous droits de timbre et d'enregistrement autre que le droit de timbre de 10 centimes prévu par le § 1er de l'article 18 de la loi des 24 et 25 août 1871. »

En fait, cette loi ne servait qu'à instituer un régime privilégié pour les nombreuses Sociétés mutuelles qui s'étaient constituées auparavant, et s'étaient soumises à la loi de 1884 sur les Syndicats. Les résultats acquis suscitèrent la couverture de nouveaux risques, tels que les accidents, la mortalité du bétail, la grêle, la maladie (23).

L'unification des organismes existants put être considérée comme réalisée fin 1943 (24) sous l'impulsion du gouvernement de Vichy, et subsista par la suite.

II. — Objectifs de la Mutualité économique.

La Mutualité 1900 recouvre ainsi des activités assez hétérogènes : elle garantit les risques inhérents à l'exploitation agricole et aux biens (incendie, grêle, calamités, mortalité du bétail) et les risques

(23) 13 mars 1906 : Caisse centrale d'assurance mutuelle contre l'Incendie. Février 1908 : Caisse centrale agricole « risque mortalité du bétail. 31 mai 1912 : Caisse nationale de Réassurance mutuelle agricole contre l'incendie et la mortalité du bétail. 25 janvier 1923 : Caisse nationale de Réassurance des mutuelles agricoles « grêle ». 13 décembre 1923 : Caisse nationale des mutuelles agricoles « Accident ». 8 juin 1924 : Caisse centrale risque « Accident ». 12 mars 1925 : Caisse centrale d'assurance mutuelle agricole contre la grêle.

En outre, la loi du 15-XII-1922 sur les Accidents du travail agricole permit l'extension de la Mutualité 1900 dans ce domaine.

(24) L'unification des organismes par branche professionnelle avait été prescrite par une loi du 2 décembre 1940.

encourus par les personnes, dans la mesure où ces risques ne sont pas couverts par la Sécurité sociale ou par la M.S.A.

L'adaptation aux nécessités rurales était le fondement même de la Mutualité 1900. Le législateur consacra cette vocation agricole dans l'article 1er du décret du 2 août 1923 disposant que :

> « Les Sociétés d'assurances mutuelles régies par la loi de « 1900 ont pour objet d'assurer les risques agricoles de toute « nature, et notamment les risques de mortalité du bétail, d'ac- « cidents, d'incendie, de grêle et autres intempéries. »

Mais la notion de risque agricole « restait à définir » : des difficultés furent soulevées par le ministre des Finances qui, outre les risques spécifiquement agricoles, n'admettait à ce titre que ceux « auxquels l'agriculteur se trouve exposé, en raison ou à l'occasion de sa profession ». Cette délimitation un peu restrictive, admise par la jurisprudence (25), s'expliquait en raison de la faveur fiscale dont bénéficiait la Mutualité 1900.

Ainsi, le législateur intervint à nouveau, en 1953 (26), pour attribuer le caractère de risque agricole à...

> « ... tous les risques des personnes physiques ou morales exer- « çant exclusivement ou principalement une profession agri- « cole ou connexe à l'agriculture... » (27), aux « risques des « membres de leur famille vivant avec eux sur l'exploitation, « et de leur personnel... » et aux « ... risques par leur nature « spécifiquement agricoles ou connexes ».

Enfin, un décret du 23 mai 1964 (28) abrogea l'article 1er du décret du 2 août 1923, pour considérer comme présentant ce caractère de risque agricole :

> 1) Les risques auxquels sont exposés les personnes physiques ou morales, qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture, telles que ces professions sont définies aux articles 1024, 1025, 1060 et 1061 du Code rural.
>
> 2) Les risques auxquels sont exposés les membres du personnel employé par ces personnes physiques ou morales.

(25) Cass. 29-XII-1941, D. 1942, Som. 9, cassant Trib. civ., Arras, 5-I-1938, R.G.A.T., 1938.463.

(26) Article 20 de la loi du 25-7-1953.

(27) Telles que ces professions sont définies par D.L. du 30-X-1935 et D. du 31 mars 1938.

(28) Ce décret a soumis à la réglementation générale des Sociétés d'assurance, les Caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles.

3) Les risques auxquels sont exposés les membres de la famille des personnes physiques visées ci-dessus, lorsqu'ils vivent avec elles sur leur exploitation.

4) Les risques portant sur des biens affectés à l'exercice d'une profession agricole ou connexe à l'agriculture (art. 3).

Et aux termes de l'article 2, les mutuelles agricoles doivent pratiquer exclusivement, soit l'assurance, soit la réassurance des risques ainsi définis. Dans le cadre d'un tel champ d'application, les Caisses d'Assurances mutuelles agricoles sont, dans leurs rapports avec leurs adhérents-contractants, soumises à la loi du 13 juillet 1930, dans toute la mesure où cette loi n'est pas en contradiction avec le régime particulier des Caisses (29), ou, peut-on ajouter, avec les règles d'un régime particulier tel que l'A.M.EX.A. En fait, il semble que les Caisses mutuelles agricoles avaient, dès l'origine, débordé les limites qui leur avaient été initialement fixées, en se prévalant de ce que la profession agricole diffère des autres professions, par son milieu de vie, par sa structure sociale, par ses conditions économiques.

Elles tendaient ainsi à reculer les limites des activités professionnelles de l'agriculture, pour défendre seules les intérêts de leurs adhérents. La Mutualité 1900 a toujours confondu volontairement les termes de « profession agricole » avec « professionnels de l'agriculture » : c'est ainsi qu'elle n'a cessé d'attraire dans son champ d'action tous les risques qui menacent les professionnels de l'agriculture, plutôt que la profession agricole.

III. — Structure de la Mutualité économique (30).

La Mutualité 1900 est hiérarchisée en trois échelons que nous étudierons successivement :

a) Caisse locale.

La Caisse locale, assise sur une circonscription la plus souvent communale, constitue la base de l'institution.

Chaque Caisse locale n'exploite que l'une des branches de la Mutualité 1900. Les formalités de constitution sont, par extension, celles de la loi du 21 mars 1884 concernant les syndicats, et impliquent la nécessité d'une assemblée générale constitutive, et le dépôt à la mairie des statuts.

(29) Picard et Besson : « Les assurances terrestres en Droit français », T. II, n° 533, p. 8. « Cette solution n'est pas aujourd'hui discutable, et résulte implicitement du décret du 23 mai 1964 en ce qu'il a soumis lesdites Caisses au contrôle du Ministère des Finances. »

(30) Les règles fondamentales en ont été posées par le D. du 2 août 1923, mod. les 20-I-1930 et 8-IX-1933.

Toutefois, une mutuelle agricole n'est pas un syndicat : la Cour de cassation avait déjà admis (31) avant le législateur (32) que le fonctionnement des Caisses ne relevait pas de la loi de 1884 : le décret de 1923 a consacré la distinction entre les règles de constitution et celles du fonctionnement, et l'incompatibilité du libre retrait avec celui-ci (33).

L'assemblée générale comprend au moins sept membres, et les statuts doivent préciser la durée, le siège, la dénomination, la circonscription, et la nature du risque couvert, l'autonomie de chaque branche étant respectée.

L'assemblée élit pour trois ans un conseil d'administration renouvelable par tiers, et désigne également une commission de contrôle.

La Caisse locale enregistre les adhésions, rédige les propositions de police transmises à l'échelon supérieur, et encaissent les cotisations : la Caisse locale joue en quelque sorte le rôle « d'agence » de la Caisse départementale.

b) Caisse départementale ou régionale.

Elle est constituée par toutes les Caisses locales d'un département ou d'une région. Les sociétés locales peuvent former entre elles (34) des sociétés de réassurance au 1er degré dont la circonscription est fixée statutairement.

L'assemblée générale de ces Caisses de réassurance est composée de délégués des Caisses locales, choisissant parmi eux les membres du conseil d'administration pour six ans, renouvelable par moitié (35).

La Caisse de Réassurance est l'appareil administratif et technique : dans le cadre de sa circonscription, elle établit les polices, règle les sinistres, prend en charge les excédents importants, et compense les risques tout en respectant leur autonomie.

c) La Caisse centrale.

Elle joue le rôle de Caisse de Réassurance au second degré (36) : Constituée par l'ensemble des Caisses départementales ou régionales, elle réalise ainsi la compensation des risques dans le cadre national. Elle assume en outre la défense des intérêts de la Mutualité auprès des Pouvoirs publics.

(31) C. Cass. Ch. civ., 24 mai 1913, D.P. 1914.I.17, note Lacour et S. 1916-I-73, note Naquet.

(32) D. 2 août 1923, article 2, alinéa 2.

(33) Cf. J. Hémard : « La condition juridique de l'adhérent dans les Stés mutualistes », et Picard et Besson : « Les assurances terrestres en Droit français », T. II, n° 534 *a*).

(34) D. 2 août 1923, article 11.

(35) Article 1238 C.R.

(36) D. 2 août 1923, article 11.

IV. — Le controle de l'Etat.

La loi du 4 juillet 1900 affranchissait explicitement la Mutualité agricole des formalités prescrites par la loi du 24 juillet 1867, et le décret du 22 janvier 1868 concernant les Sociétés d'assurance, formalités reprises par le décret-loi du 14 juin 1938. Cela revenait à dire que les Caisses pratiquant l'assurance incendie, grêle, du bétail, n'étaient soumises ni à l'agrément préalable, ni au contrôle de l'Etat : cette licence avait paru exorbitante en un temps où le contrôle devenait plus serré pour l'assurance privée.

Seules étaient soumises au contrôle de l'Etat les Caisses pratiquant l'assurance contre les accidents du travail (L. 15-XII-1922) et l'assurance contre les accidents d'automobiles (arrêté du 18 juillet 1936).

L'on avait invoqué, pour justifier cette absence de contrôle pour les Caisses mutuelles agricoles, le principe fondamental de gratuité de gestion, qui suppose l'interdiction de servir des salaires, soit sous forme de « commission », aux intermédiaires, soit sous forme de rémunération aux administrateurs. Pourtant, si ces derniers sont choisis parmi les personnes auxquelles il ne saurait être question d'offrir une rémunération, il n'en est pas de même pour les intermédiaires qui ne peuvent travailler pour rien : ils reçoivent des « allocations », variables avec le temps ou les services rendus, lesquelles peuvent constituer pour telle Caisse des frais généraux importants. La similitude avec les procédés des Compagnies d'assurance est ici frappante.

Quoi qu'il en soit, le décret du 23 mars 1964 (37) est venu réglementer comme suit le contrôle de l'Etat sur les Caisses d'Assurance et de Réassurance mutuelles agricoles, sans apporter toutefois de modification sur la constitution et le fonctionnement de ces Caisses.

D'abord, la réglementation générale des entreprises d'assurance (D.-L. du 14 juin 1938 et textes d'application) est, dans les conditions et sous les réserves prévues dans le décret de 1964, applicable aux organismes visés à l'article 1235 du Code rural.

De plus, les Caisses doivent avoir pour objet exclusif l'assurance (ou la réassurance) des risques agricoles tels que les définit le décret du 23 mai 1964, et ne peuvent pratiquer des opérations autres que celles visées au § 5 de l'article 1er du décret-loi du 14 juin 1938 (38).

(37) Déjà, l'article 4 du D.L. du 14-6-1938 avait posé le principe du contrôle de l'Etat sur les Caisses mutuelles agricoles et avait prévu qu'un R.A.P. fixerait les modalités d'application dudit décret pour les Caisses régies par la L. du 4-7-1900 : c'est ce règlement qui a été pris par le D. du 23 mai 1964.

(38) C'est-à-dire que leur sont interdites les opérations d'assurances sur la vie, et opérations assimilées.

En outre, les cotisations doivent garantir le règlement intégral des engagements pris à l'égard de leurs adhérents, en cas de réalisation des risques faisant l'objet de ces engagements (39).

Par ailleurs, les Caisses mutuelles agricoles, lorsqu'elles se réassurent, ne peuvent s'adresser qu'à d'autres organismes de la Mutualité agricole (40).

Enfin, quant au contrôle proprement dit, le décret de 1964 ne dispense du contrôle (y compris de l'agrément) que les Caisses ayant souscrit, avant de commencer leurs opérations, un traité portant substitution de l'organisme réassureur choisi, pour la constitution des garanties réglementaires et l'exécution de leurs engagements (41).

V. — Privilèges.

Les Caisses économiques bénéficient d'un régime fiscal de faveur : nous visons en particulier l'exonération de la taxe unique d'assurance sur les contrats émis par elles (art. 1045 et 1046 C.G.I.) (42), l'exemption de l'impôt sur les sociétés, sauf pour les revenus de leurs placements (taxe proportionnelle de 22 %), l'exemption de la patente (43) enfin. Ces faveurs, grâce auxquelles les tarifs des Caisses économiques sont bien inférieurs (44) à ceux pratiqués par les Compagnies d'Assurances, ont soulevé des protestations de la part des assurances privées en raison des conditions inégales d'une telle concurrence dans le domaine des « risques agricoles ».

Les organismes de la Mutualité 1900 bénéficient en outre de privilèges divers : l'on doit noter l'indéniable soutien apporté par les représentants des pouvoirs publics (préfets, maires, conseillers généraux, députés) aux campagnes de propagande organisées par les agents de la Mutualité 1900. Les Caisses mutuelles, en outre, peuvent recevoir du ministère de l'Agriculture des subventions dans les

(39) Est ainsi prohibé le système de la réduction proportionnelle des engagements, en cas d'insuffisance des ressources.

(40) Sont dispensés de cette obligation les organismes ayant une compétence nationale, c'est-à-dire groupant au moins 7 Sociétés ou Caisses mutuelles de réassurances agricoles comptant au total 300.000 adhérents au moins.

(41) Le contrôle, en ce cas, s'applique donc uniquement aux organismes de réassurance, qui constituent en réalité de véritables organismes d'assurance, puisqu'ils s'engagent directement envers les assurés (Picard et Besson : « Les Assurances Terrestres », T. II, n° 534 *c*, 6°).

(42) La taxe unique d'assurance, pour les contrats « Incendie », relatifs à des risques agricoles et souscrits auprès de Stés d'assurances ordinaires, a été réduite de moitié (15 % au lieu de 30 %) par la loi du 25-7-1953.

(43) Plus qu'une « faveur fiscale », la dispense de patente résulte plutôt de la nature juridique propre des Caisses mutuelles, qui ne sont commerciales ni par leur forme, ni par leur objet, et ne sont pas soumises à l'immatriculation au registre du commerce.

(44) En matière d'assurance automobile, la réduction peut atteindre 40 %.

conditions prévues par le décret du 2 août 1923. Les Sociétés locales peuvent obtenir des subventions dites « de premier établissement » allouées aux Sociétés en voie de formation pour leur permettre de faire face à leurs frais d'organisation, et de se constituer un premier fonds de réserve, ou encore des subventions dites « de pertes » allouées aux Sociétés en plein fonctionnement qui, au cours des exercices précédents, ont subi des pertes anormales (45). De même, les Sociétés mutuelles de Réassurance peuvent obtenir les subventions « de premier établissement » que nous venons de définir, et des subventions « de plein fonctionnement », pour leur permettre de reconstituer ou d'accroître leur fonds de réserve (46).

La volonté d'expansion de la Mutualité économique se justifie, à condition que ses réalisations s'exercent dans le cadre de la loi qui l'a créée. Cette institution devait servir à porter aide et assistance aux petits cultivateurs grâce à la mise en œuvre d'une Caisse mutualiste, Caisse d'Entr'aide permettant la prise en charge commune d'un risque professionnel particulier à la profession agricole. Cette entr'aide fut justifiée, et consacrée par le législateur qui accepta de participer au risque commun en renonçant à la taxe unique, et à l'imposition sur les sociétés (47).

La Mutualité 1900, en s'érigeant peu à peu sur le modèle des Compagnies d'Assurances, est devenue tributaire des Pouvoirs publics, en contrepartie de la protection qui lui fut accordée.

Cette dépendance est ressentie par certains dirigeants de la Mutualité 1900 et par les agriculteurs eux-mêmes qui craignent le poids d'initiative étatisantes. Ce souci ne fut pas étranger à la promotion du système du libre choix de l'organisme assureur dans le régime A.M.EX.A.

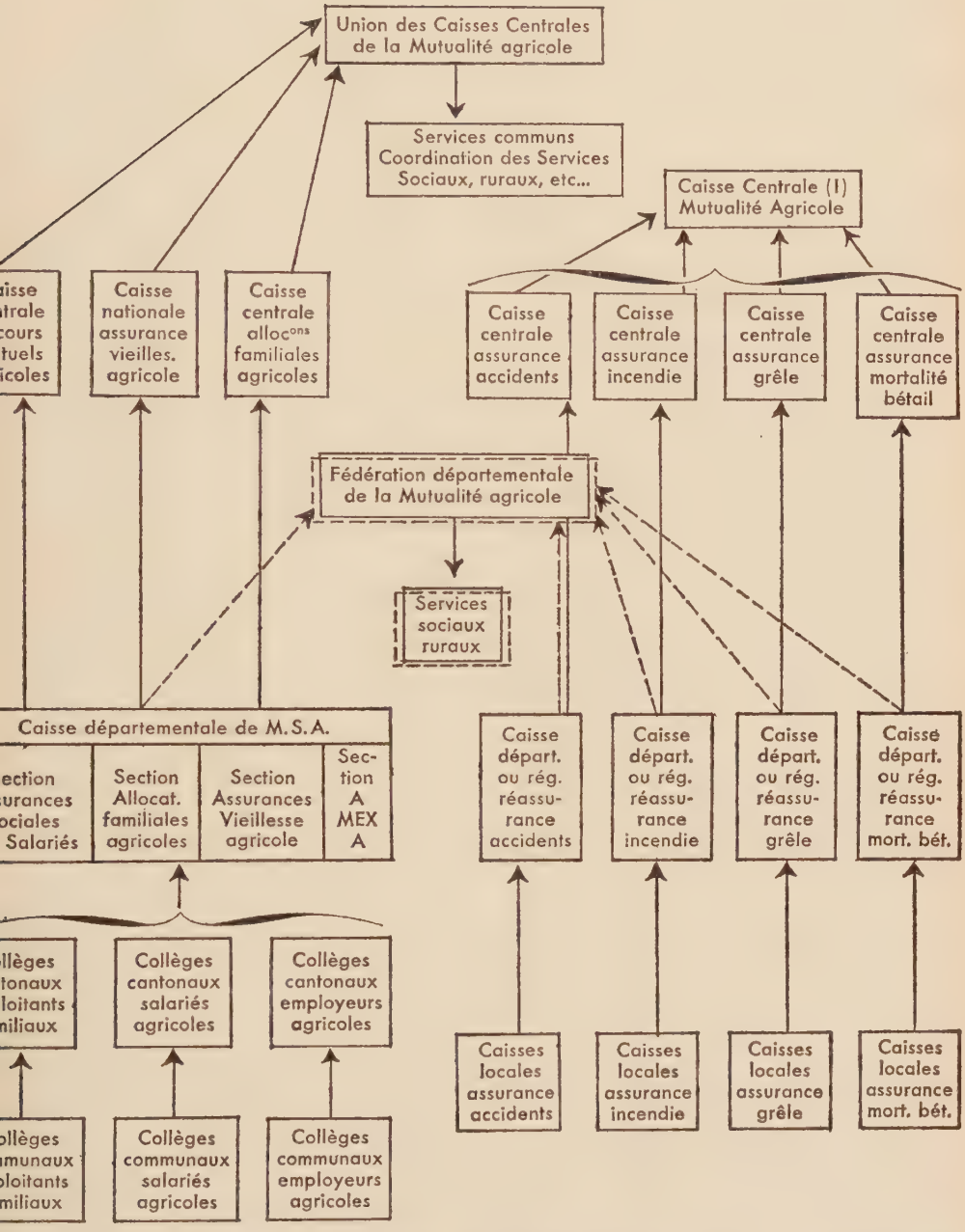
(45) Articles 16 à 23 du D. du 2 août 1923.

(46) Article 27 et suivants, D. du 2 août 1923.

(47) Il est parfaitement logique que les Caisses relevant de la Mutualité 1900 soient soustraites à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, puisqu'elles ne poursuivent pas la réalisation de bénéfices.

Cependant, le C.E. instaura dans certains cas, une jurisprudence partiellement contraire, qui ne semble concerner que certaines Stés à forme mutuelle (sur cette question, voir PICARD et BESSON : « Les Assurances Terrestres », T. II, n° 555)

STRUCTURE de la MUTUALITÉ AGRICOLE



(1) Le 7 décembre 1965, une assemblée générale extraordinaire des C.C. d'assurances mutuelles agricoles a décidé à l'unanimité la fusion des quatre Caisses centrales, qui n'en feront plus qu'une, laquelle prendra le nom de Caisse Centrale de Mutualité Agricole.

Section II

LA MUTUALITE 1945

§ 1. — Généralités.

« Les "Sociétés mutualistes" sont des groupements qui, au moyen de cotisations de leurs membres, se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leurs familles, une action de prévoyance, de solidarité, ou d'entr'aide visant notamment la prévention de risques sociaux et la réparation de leurs conséquences, l'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance et de la famille, et le développement moral, intellectuel et physique de leurs membres ». Cette définition tend évidemment moins à décrire un type précis de Sociétés, qu'à permettre au législateur de regrouper, dans un cadre juridique spécialement adapté à leur activité, tous les organismes qui, poursuivant les buts précités, ne relèvent d'aucune législation particulière.

Les organismes que nous nous proposons d'étudier ne sont autres que les anciennes « Sociétés de Secours mutuel » et répondent à la dénomination de « Sociétés mutualistes ». Notons que le vocable « mutualiste » est réservé aux seuls organismes relevant de la « Mutualité 1945 ». Les Sociétés de Secours mutuel ont une origine lointaine qui remonte au Moyen-Age.

L'entraide mutuelle libre s'intégra d'abord dans l'ensemble des buts de communautés diverses, généralement professionnelles, avant de s'exercer au sein de Sociétés dont l'existence fut longtemps précaire. Ces Sociétés furent légalement reconnues en 1835. Le Second Empire les soumit à un régime de surveillance (D. 26 mars 1852), que la III^{e} République atténua progressivement jusqu'à la liberté totale qui leur fut accordée par la loi du 1er avril 1898 : cette loi leur assignait obligatoirement comme objet principal l'assurance du risque maladie et vieillesse, toute autre activité demeurant accessoire.

Les S.S.M. prirent leur essor et s'accrurent : leur expansion les conduit à revendiquer et à obtenir la gestion des Caisses légales lors de la mise en application de la loi du 5 avril 1928.

En 1945, les Pouvoirs publics décidèrent d'instituer un plan d'ensemble de la Sécurité sociale, ce qui devait modifier le rôle et la position des S.S.M. Ces organismes devaient être orientés vers d'autres activités ayant trait principalement à l'entraide.

C'est ainsi que le statut de la Mutualité fut défini par l'ordonnance du 19 octobre 1945, abrogeant la loi du 1er avril 1898 et codifiée aujourd'hui dans le Code de la Mutualité.

En principe, les associations ou groupements de toute nature qui font appel à des cotisations des membres participants pour atteindre l'un ou plusieurs des buts visés par le législateur, doivent se placer sous le régime des Sociétés mutualistes.

Sont dispensées de cette obligation les Sociétés d'assurance régies par les décrets de 1938, les Caisses des régimes spéciaux de Sécurité sociale (48), les Caisses de M.S.A. (49) et bien sûr les Caisses de la Mutualité 1900 qui n'entrent pas dans le cadre des Sociétés mutualistes, puisque leur activité est légalement limitée aux risques attachés à l'exploitation agricole.

En dépit des craintes exprimées par le législateur, quant à l'avenir des Sociétés mutualistes dans le domaine de l'assurance maladie, ces Sociétés étaient demeurées pour une large part fidèles aux objectifs que leur avait assignés la loi du 1er avril 1898.

La couverture du risque maladie restait leur principale activité : 70 % de leurs dépenses représentaient des prestations de maladie. La mutualité 1945 gère en outre les risques invalidité, accidents, vieillesse, vie et décès, diverses œuvres sociales, et participe, dans certaines conditions, au développement de la politique du logement.

Enfin, à côté de leur rôle propre d'assureur maladie, les Sociétés mutualistes peuvent être amenées à accomplir des missions incombant aux sections locales (aux correspondants locaux ou d'entreprises, ou aux agents locaux de la Sécurité sociale) (50).

Quant au régime de Sécurité sociale des fonctionnaires, les Caisses primaires doivent confier le service des prestations en nature à des sections locales créées à l'initiative des Sociétés mutualistes constituées entre fonctionnaires.

§ 2. — Structure et organisation.

A. — La structure de la Société mutualiste est fort simple : elle a pour fondement le principe spécifiquement mutualiste de la gestion par les adhérents eux-mêmes qui acquièrent, de par leur adhésion, la double qualité d'assurés et d'assureurs.

Nous trouvons, à la base de la Société mutualiste, l'Assemblée générale des adhérents (51) qui a pour mission d'adopter les statuts

(48) Articles 17 et 18, O. du 4-10-1945.
(49) D. du 30-X-1935.
(50) Un accord est intervenu en 1947 entre la F.N.M.F. et la F.N.O.S.S.
(51) Membres participants qui cotisent et bénéficient des avantages, et membres honoraires qui cotisent sans bénéficier des avantages réservés aux participants.

qui définissent les buts de la Société et les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

Ces statuts doivent être approuvés par le ministère du Travail et de la Sécurité sociale. L'assemblée générale élit les administrateurs, se prononce sur la gestion morale et financière du conseil d'administration, sur toute modification des statuts, et sur la fusion ou scission de la Société.

Le conseil d'administration, dont les membres ne sont pas rétribués, assure la gestion de la Société sous le contrôle d'une commission élue par l'assemblée générale.

La Société mutualiste jouit de la capacité civile lui permettant d'effectuer tous les actes de simple administration, et peut être reconnue d'utilité publique.

La gestion financière est strictement réglementée par la loi (52) qui fixe les règles de dépôts de disponibilité et de placements des fonds. Les excédents de recette sont affectés dans une proportion de 50 % à un fonds de réserve dont le montant maximum doit atteindre le chiffre du total des dépenses à la charge de la Société pour l'année précédente. La couverture du fonds de réserve est, elle aussi, réglementée.

L'exercice du contrôle appartient au ministre du Travail et de la Sécurité sociale, par l'intermédiaire des préfets auxquels les Sociétés adressent chaque année un compte rendu de leurs activités. Le ministre du Travail peut faire appel aux inspecteurs des Directions régionales de la Sécurité sociale, pour faire procéder à un contrôle sur place. Le même droit est reconnu au ministre des Finances. Sous réserve de l'approbation du ministère de tutelle, les Sociétés mutualistes ont le droit de fusionner entre elles, ou de se scinder en plusieurs Sociétés. Enfin, les Sociétés sont tenues de se réassurer auprès des Unions des Sociétés mutualistes de leur choix si elles ne remplissent pas les conditions techniques imposées pour chaque risque par le ministère du Travail (53).

Telle est, brièvement exposée, la structure de la Société mutualiste. Ce schéma subit quelques modifications en ce qui concerne :

— Les Sociétés mutualistes d'entreprises ou inter-entreprises, sur lesquelles s'exerce un contrôle du Comité d'entreprise, et qui sont dispensées de toute formalité pour recevoir dons et subventions qui leur sont alloués par lesdits comités ou les établissements employeurs.

(52) Article 20, Code de la Mutualité.

(53) Articles 73 et 74 du D. 5 août 1955 portant Code de la Mutualité. En fait, les Unions départementales disposent de Caisses autonomes de Réassurance gérées par elles-mêmes. La Fédération nationale n'intervient que pour combler les vides laissés par les Unions départementales qui n'ont pas constitué de caisses de réassurance.

— Les Sociétés mutualistes militaires, qui subissent, outre la tutelle du ministre du Travail ou de la Sécurité sociale, celle des ministres chargés des départements militaires intéressés.

— Les Sociétés mutualistes comprenant des étrangers soumis à des règles particulières pour la représentation des membres étrangers au conseil d'administration.

B. — Nous sommes amenés à décrire l'organisation interne du mouvement mutualiste.

1. Au stade primaire, nous rencontrons les Sociétés de base qui réunissent, dans le cadre de circonscriptions très diverses, des membres possédant entre eux des liens d'affinité sur le plan local (communes), professionnel (mutuelles d'entreprises, d'artisans, etc.) ou particulier (anciens combattants par exemple).

2. Au second degré, nous trouvons les Unions départementales de Sociétés qui rassemblent les organismes d'une même circonscription et jouent à leur égard un double rôle :

— D'abord, un rôle de coordination, de documentation, et de propagande.

— Ensuite, un rôle technique de gestion au profit des membres de Sociétés affiliées, assuré par des services dont le fonctionnement exige la réunion d'effectifs importants tels que les Caisses d'assurance ou de réassurance pour les risques graves (54) et œuvres sociales de distribution de soins en nature (55).

3. Des Unions nationales rassemblent, soit les sociétés fonctionnant dans un cadre particulier (fonctionnaires, artisans, commerçants, etc...), soit les groupements, service ou œuvres spécialisés (cliniques, services pharmaceutiques, etc...).

Leur rôle consiste essentiellement dans l'étude des problèmes propres à la catégorie de groupements qu'elles réunissent, et dans certains cas à la création de services communs.

4. Ces différents organismes adhèrent à la F.N.M.F. (Fédération Nationale de la Mutualité Française) qui groupe les Unions départementales, ainsi que les Unions nationales, et les Sociétés mutualistes à ressort national.

La F.N.M.F. crée et gère un certain nombre de Caisses destinées aux Sociétés, qui n'en trouvent pas l'équivalent dans leur département (56). Toutefois, son rôle essentiel consiste à représenter le mou-

(54) Chirurgie, longue maladie, vieillesse, décès.

(55) Cliniques chirurgicales, sanatoria, maisons de cure, de repos, de retraite, etc.

(56) Invalidité, longue maladie, vieillesse, etc.

vement mutualiste notamment devant les pouvoirs publics, à assurer la défense des groupements fédérés, à se préoccuper d'orientation, d'information, de propagande, à veiller au développement de l'action sociale mutualiste, et au maintien des principes de structure et de la doctrine, et à organiser des congrès nationaux.

Par ailleurs, l'administration de tutelle est assistée dans sa tâche par deux organismes distincts.

D'une part, le Conseil supérieur de la Mutualité étudie les problèmes particuliers à la Mutualité, reçoit communication des Comités départementaux de coordination, gère le Fonds national de solidarité et d'action mutualiste, et donne son avis sur les dispositions réglementaires ou autres qui concernent le fonctionnement des Sociétés mutualistes.

— D'autre part, des Comités départementaux de coordination de la Mutualité ont pour but d'encourager et de développer l'idée mutualiste, de favoriser les initiatives locales en suscitant la création de Sociétés mutualistes, d'œuvres ou de services, proposent les mesures de fusion et de transfert, règlent les différends entre organismes mutualistes, et procèdent à toutes enquêtes qui leur sont demandées par le ministère du Travail ou le préfet.

§ 3. — Ressources et privilèges.

Ces ressources sont essentiellement constituées par les cotisations des membres participants et honoraires. Mais s'y ajoutent des subventions dénommées par le législateur « encouragements de l'Etat, des départements et des communes » et divers privilèges fiscaux et administratifs.

— Les subventions de l'Etat ont pour objet de favoriser le service de certaines prestations maladie, maternité, décès. Ces subventions sont automatiquement réduites de moitié si les frais de gestion de la Société sont supérieurs à un certain pourcentage, et peuvent être même supprimées si ces frais de gestion dépassent le plafond maximum.

— Les communes doivent fournir aux Sociétés mutualistes les locaux nécessaires à leurs réunions et les registres nécessaires à la comptabilité.

— Sur le plan fiscal, les Sociétés mutualistes sont exonérées de tous droits de timbre et d'enregistrement (57). Elles n'acquittent pas la taxe unique d'assurance, bénéficient d'une exonération quasi totale de l'impôt sur les Sociétés, et d'une exonération de patente (58) pour

(57) Article 1347, C.G.I.
(58) Article 1454-12°, C.G.I.

les œuvres régies par les dispositions légales portant statut de la Mutualité. Enfin, un fonds national de solidarité et d'actions mutualistes accorde des subventions ou avances remboursables aux organismes mutualistes victimes de calamités publiques ou qui ont à faire face à des risques exceptionnels. Ce fonds est géré par le Conseil supérieur de la Mutualité. Au total, les subventions que peuvent recevoir les Sociétés mutualistes sont faibles. Par contre, les avantages fiscaux et administratifs offrent un grand intérêt.

*
** .

L'on peut dégager, pour conclure sur la Mutualité 1945, les avantages et limites de cette institution.

Les avantages résident surtout dans la souplesse du cadre juridique fixé par le législateur, cadre qui laisse aux Sociétés une grande liberté d'action, tant sur les buts poursuivis que pour la détermination des avantages statutaires et règles de gestion.

Les privilèges fiscaux et administratifs sont notables.

La gestion par les adhérents eux-mêmes, qu'unissent des biens d'affinité divers, constitue un facteur important de moralisation du risque. Enfin, l'interdiction légale du démarchage et de la rémunération d'intermédiaires permet aux Sociétés de réduire leurs frais de gestion.

Les limites, par contre, tiennent à la nécessité dans laquelle se trouvent les Sociétés de réunir, pour assurer l'équilibre technique de ses opérations, un grand nombre d'adhérents.

Si la réassurance interne auprès des Unions et Fédérations d'Unions constitue le seul moyen légal mis à la disposition des organismes mutualistes, elle reste en général insuffisante pour assurer une gestion convenable des risques les plus lourds, tels que l'invalidité ou la longue maladie.

La couverture du risque maladie n'est souvent guère supérieure, quant aux prestations, à celle offerte par la Sécurité sociale. En matière de garantie complémentaire de la Sécurité sociale, l'administration de tutelle limite même l'intervention des Caisses mutualistes au montant du ticket modérateur.

L'intérêt du Service mutualiste réside en fait dans les accords conclus entre les Sociétés, et les praticiens et cliniques : mais ceci limite considérablement la liberté de choix de l'adhérent quant à l'établissement de soins, par exemple.

SECTION III

LES SOCIETES D'ASSURANCES

Nous avons vu comment et pourquoi la loi du 25 janvier 1961, instituant l'A.M.EX.A., avait admis les assureurs privés à la gestion de l'assurance obligatoire et à tarifs imposés.

Cependant, le passage à l'application du principe dans la pratique présentait des difficultés considérables : l'on ne pouvait évidemment concevoir, sur le plan de la gestion, une indépendance totale de chaque Société d'assurance, vis-à-vis des autres organismes assureurs, et de toutes les autres Sociétés d'assurance habilitées (59).

Une trop grande fragmentation des éléments techniques et comptables en serait résultées, rendant difficile la mise en place d'un contrôle précis de l'Etat et impraticable le fonctionnement de la M.S.A. prise en qualité d'organisme-pivot.

C'est pourquoi le législateur décida que toutes les Sociétés d'assurance habilitées à garantir le risque A.M.EX.A. devraient obligatoirement se réunir au sein d'un même groupement, qui prit le nom de « R.A.M.EX. » (60). Par la suite, les Sociétés d'assurance décidèrent de créer un organisme unique chargé d'assurer les opérations matérielles de gestion qui découlent pour elles de la loi du 25 janvier 1961 et des textes réglementaires d'application. Cet organisme est dénommé « G.A.M.EX » (61) et se trouve être une émanation du précédent, avec lequel il ne saurait toutefois être confondu.

§ 1. — Le R.A.M.EX.

I. — LES TEXTES LÉGAUX.

L'article 1106-10 du Code rural (loi du 25 janvier 1961) dispose que :

> « Les organismes assureurs, en fonction de leur statut pro-
> « pre, devront se grouper par catégorie en vue de l'accomplis-
> « sement de leurs obligations légales et réglementaires, notam-
> « ment en ce qui concerne le respect des clauses des contrats,
> « l'application des tarifs, et l'exercice du contrôle médical, et
> « les opérations de compensation. »

(59) 97 au moment de la mise en vigueur de la loi du 25-I-61.
(60) R.A.M.EX. : Réunion des Assureurs Maladie des Exploitants.
(61) G.A.M.EX. : Groupement des Assureurs Maladie des Exploitants.

— Puis le décret de mise en application (295 du 31-3-1961), en son article 5, précisa que les organismes assureurs, autres que la M.S.A. et habilités par leur ministre de tutelle, avaient l'obligation :

« De se conformer au règlement approuvé par arrêté des « ministres de l'Agriculture, du Travail et des Finances.

« De tenir une comptabilité spéciale pour les opérations de « l'assurance.

« De se grouper par catégories en application de l'arti- « cle 1106-10 Code rural.

« De fournir à l'organisme désigné aux articles 7 à 8 les « renseignements et documents prévus auxdits articles. »

— L'article 7 du même décret dispose que les organismes assureurs devraient, par l'intermédiaire des groupements visés à l'article 5, 3°, notifier à chaque Caisse de M.S.A., pour chaque mois civil :

« Le montant des cotisations exigibles, des cotisations en- « caissées, des prestations payées ou rejetées, au nom de cha- « cun des assurés relevant d'une exploitation dont le siège est « situé dans la circonscription de ladite Caisse.

« Le montant des arrérages de pensions d'invalidité payées « à chaque titulaire de pension résidant dans la même cir- « conscription.

« Le montant global des prélèvements de gestion corres- « pondants. »

— L'article 8 du même décret poursuit :

« En vue d'assurer le contrôle des opérations prévues dans « le présent décret, les organismes assureurs relèvent du même « groupement constituant un bureau départemental pour l'en- « semble de leurs assurés relevant de la circonscription terri- « toriale de chaque Caisse de la M.S.A. »

Enfin, l'article 9 du même décret a prévu que :

« Les groupements visés à l'article 5, 3°, assurent la répar- « tition entre les ressortissants des sommes mises à leur dis- « position pour le financement de l'assurance, et, le cas « échéant, la compensation des opérations d'assurance entre « organismes assureurs. »

II. — Objets du R.A.M.EX.

Il résulte des textes que les Sociétés d'assurance, d'abord, doivent se grouper, ensuite, effectuent les opérations de l'assurance (62) et

(62) C'est-à-dire encaisser les cotisations et payer les prestations.

tiennent une comptabilité spéciale de ces opérations, enfin, ce, par le truchement du groupement prévu, doivent ventiler leurs opérations d'assurance par département pour les notifier aux Caisses départementales de M.S.A.

L'objet du R.A.M.EX. est donc de grouper les Sociétés d'assurance habilitées à procéder aux opérations de l'assurance A.M.EX.A. et ses obligations sont ainsi les suivantes :

— D'abord, ce groupement est constitué « EN VUE » de l'accomplissement « des obligations légales et réglementaires ».

— Si l'on interprète ce texte de façon extensive, l'on admet que le R.A.M.EX. accomplit pour le compte des Sociétés d'assurance les opérations de l'assurance. Mais si l'on s'en tient à une interprétation restrictive, le R.A.M.EX. constitue seulement un trait d'union entre les Sociétés, les représente auprès de l'autorité de tutelle, centralise les renseignements juridiques et réglementaires, les diffuse à chaque Société, bref, assure l'unité du Régime entre les Sociétés sans participer à la gestion proprement dite de l'assurance. C'est cette seconde interprétation qui fut retenue, en accord avec le ministère.

— Une autre obligation précise, mise à la charge du groupement, est d'assurer entre chaque Société d'assurance la répartition des sommes mises à leur disposition pour le financement de l'assurance.

— Le texte met en outre à la charge du groupement les obligations générales suivantes : respect des clauses du « contrat », application des tarifs, exercice du contrôle médical, opérations de compensation (63).

— Enfin, nous devons évoquer, dans le cadre des obligations du R.A.M.EX., la question des « bureaux départementaux ».

— Nous avons vu que les organismes relevant du même groupement doivent (64) constituer un bureau départemental ce, dans le but de permettre aux inspecteurs départementaux de l'I.L.S.A. de contrôler sur place l'application des « obligations légales et réglementaires ». Ainsi, le R.A.M.EX. a créé quatre-vingt-cinq bureaux départementaux situés dans la ville du siège de la Caisse de M.S.A. correspondante, et où se trouvent à la disposition des agents de contrôle tous documents utiles. Selon une analyse rigoureuse des textes, malheureusement imprécis et ambigus, il semble que ces bureaux départementaux ne se confondent pas avec le groupement prévu par l'article 1106-10 du Code rural, c'est-à-dire le R.A.M.EX.

(63) Cette compensation ne peut intervenir que dans la mesure où il y aurait bénéfice pour certaines sociétés, déficit pour d'autres, ce qui n'a pas encore été le cas.

(64) Article 8, D. 61-295.

En effet, il résulte du décret d'application (65) que ces bureaux sont gérés par une Union constituée sur le plan national sous le régime de la loi du 1er juillet 1901. Cette précision laisse à penser que cette Union dont la nature juridique est imposée, ne se confondrait pas avec le groupement des organismes assureurs dont l'article 1106-10 n'a pas précisé la forme : Il y aurait ainsi deux groupements distincts, l'un laissé à l'appréciation des adhérents, et qui répondrait à un but d'unification du régime, l'autre dont la forme serait imposée par les textes (association, loi 1901) et dont le rôle consisterait uniquement à gérer les bureaux départementaux.

En pratique, vu l'imprécision des textes et l'absence de directions précises de la part des autorités de tutelle, le groupement « R.A.M.EX. » a pris en charge la gestion des Bureaux départementaux. Cette fusion des deux groupements, qui dans les textes apparaissent distincts, est consacrée par plusieurs années de pratique et n'a soulevé aucune objection de la part des autorités de tutelle.

§ 2. — Le G.A.M.EX.

Le rôle du R.A.M.EX. étant ainsi défini, il reste que chaque Société d'assurance devrait, pour son propre compte, gérer les « contrats » d'assurances recueillis par elle.

Dans cette hypothèse, elle recevrait alors, par l'intermédiaire du groupement, les sommes nécessaires aux opérations de l'assurance, ces sommes comprenant celles destinées aux dépenses techniques et aux dépenses de gestion. Elle tiendrait alors de cette gestion une comptabilité spéciale, qu'elle devrait ventiler par département pour l'ensemble de ses assurés relevant de la circonscription territoriale de chaque caisse de M.S.A., puis transmettre au R.A.M.EX. qui la notifie aux Caisses départementales.

Mais il est apparu que les résultats de gestion des Sociétés d'assurance isolées risqueraient d'être divergents, et entraîneraient même un alourdissement des frais de gestion du régime.

C'est pourquoi la formation d'un groupement de sociétés distinct de celui imposé par la loi s'imposait (66), motivé par un souci de simplification, de concentration des moyens, et de réduction des frais de gestion. Ce groupement, dénommé « G.A.M.EX. », est donc un organisme technique de gestion du risque maladie obligatoire des exploitants assurés auprès des Sociétés d'assurance.

(65) Article 10, alinéa 3, D. 295 du 31-3-1961.

(66) A noter que les Sociétés membres du R.A.M.EX. ne sont nullement tenues d'adhérer au G.A.M.EX., voir *supra*, § 3, I du même chapitre.

L'Assemblée générale des membres du G.A.M.EX. élit en son sein un conseil d'administration (67) de quinze membres chargés d'assurer la direction générale dans l'intervalle de ses sessions annuelles.

Le G.A.M.EX. s'articule en un siège social à Paris, avec une direction générale et ses services administratifs appropriés, et des bureaux locaux en Province : chacun de ses bureaux est dirigé par un chef de bureau, représentant local du directeur du G.A.M.EX.

Le G.A.M.EX. peut déléguer à son tour tout ou partie de ses pouvoirs de gestion aux organismes et agents des Sociétés d'assurance aptes à assurer, sous son contrôle, la tâche sollicitée : cette délégation de pouvoirs entraîne automatiquement l'acceptation du contrôle hiérarchique du G.A.M.EX. sur toutes les opérations déléguées.

Les Sociétés membres du R.A.M.EX donnèrent ainsi un mandat général et gratuit au G.A.M.EX. pour gérer, en leur nom, l'assurance nouvelle.

Pour accomplir sa mission, le G.A.M.EX., dans un délai très court, organisait un siège, créait 58 bureaux régionaux, recrutait et formait un personnel spécialisé en vue d'effectuer la gestion de 340.000 polices de « chefs d'exploitation » représentant 1.200.000 têtes.

En théorie, le G.A.M.EX. devrait recevoir de chaque société les sommes nécessaires au financement de l'assurance, que le R.A.M.EX. a réparties entre elles.

En tant que mandataire, le G.A.M.EX. doit rendre compte de ses activités à chacun de ses mandants. Le compte rendu doit être distinct pour chaque société; il peut s'analyser en un compte « pertes et profits » faisant apparaître, avec toutes ventilations et justifications nécessaires, un solde excédentaire ou déficitaire.

Le rôle du G.A.M.EX. s'arrête là. Il ne peut agir que dans les limites de son mandat général.

Si l'on tient compte des obligations du R.A.M.EX., il ne peut avoir de relations directes avec les autorités de tutelle. En principe, le circuit entre le G.A.M.EX. et les autorités de tutelle doit passer nécessairement, d'abord par les sociétés mandantes, puis par le R.A.M.EX. Dans la pratique, et pour éviter des circuits inutiles, des relations directes se sont instaurées entre le G.A.M.EX. et le R.A.M.EX.

Mais cette pratique ne peut faire disparaître la structure juridique du G.A.M.EX. et lui donner plus de droits ou d'obligations qu'il n'en a reçues en vertu du mandat général donné par les Sociétés.

(67) Ou « comité directeur ».

§ 3. — Rapports G.A.M.EX.-R.A.M.EX.

Sur le plan du principe, la distinction ainsi faite des deux organismes est bien nette.

Mais en pratique, les activités des deux institutions sont si étroitement liées qu'elles se confondent parfois.

I. Sur le plan de l'organisation générale, toutes les Sociétés d'assurance, obligatoirement réunies au sein du R.A.M.EX., ont accepté de faire partie du G.A.M.EX. Mais il n'est nullement exclu que telle ou telle Société d'assurance cesse de faire partie du G.A.M.EX., et assume désormais la gestion proprement dite par ses propres moyens.

Les membres des conseils d'administration, le président et le directeur du G.A.M.EX. et du R.A.M.EX. sont en fait les mêmes personnes. Les deux organismes ont en outre le même siège social à Paris; de plus, dans tous les départements où est installé un bureau régional G.A.M.EX., le Bureau départemental R.A.M.EX. est situé à la même adresse, et la même personne est à la fois chef de bureau G.A.M.EX. et responsable du bureau R.A.M.EX. Il faut noter qu'aucun de ces bureaux ne jouit de la personnalité juridique : ils relèvent de deux personnes morales distinctes, le R.A.M.EX. et le G.A.M.EX.

II. Quant à la comptabilité, le R.A.M.EX. tient pour le compte des sociétés elles-mêmes la comptabilité spéciale prévue à l'article 1106-10, al. 1, du Code rural.

De son côté, le R.A.M.EX. est chargé de centraliser les éléments comptables et statistiques qui doivent être rassemblés par la Caisse centrale de Secours mutuels agricoles au profit du B.A.P.S.A. et du ministère de l'Agriculture. Ainsi, la décentralisation des éléments comptables et statistiques est déjà faite par le G.A.M.EX. : le R.A.M.EX. se borne à en assumer la transmission à la C.C.S.M.A.

La gestion se trouvant organisée de façon à respecter le cadre départemental, pour faciliter les opérations de contrôle, les éléments comptables et statistiques sont fournis par le R.A.M.EX. et se trouvent simultanément totalisés pour l'ensemble des Compagnies d'assurance, et ventilés par département. Toutefois, les états de trésorerie et de frais de gestion ne sauraient concerner que le R.A.M.EX. et le G.A.M.EX. en tant que tels, et ne peuvent être ventilés par département, puisqu'ils n'y trouvent le support d'aucune entité juridique.

III. Contrôle.

Outre les contrôles des grands corps de l'Etat spécialisés (Cour des Comptes et Inspection des Finances), les Sociétés d'assurance — donc le G.A.M.EX. et le R.A.M.EX. — sont soumises au contrôle de

l'I.L.S.A. pour ce qui a trait à la « compensation » des recettes et des dépenses techniques du régime.

Précisons dès à présent que les opérations techniques du régime A.M.EX.A. n'ont pas à être retracées dans les bilans des Sociétés d'assurance, et échappent ainsi au contrôle du ministère des Finances. Il est toutefois loisible aux Sociétés d'en faire état sur leur rapport d'activité.

Par contre, est comprise dans la comptabilité soumise au ministère des Finances, la participation de la Société d'assurance aux frais de gestion du G.A.M.EX. et du R.A.M.EX.; le montant de cette participation figure au chapitre « frais généraux ».

Pour les Sociétés d'assurance, les opérations de contrôle en régime A.M.EX.A. se situent essentiellement à deux niveaux :

a) contrôle global à l'échelon national : il s'agit principalement du contrôle de la comptabilité tenue au R.A.M.EX. et au G.A.M.EX.

b) contrôle sur place :

— Ce contrôle s'effectue d'abord aux bureaux départementaux R.A.M.EX. et porte sur la vérification de la concordance entre les écritures comptables de base, et les documents qui les justifient grâce aux pièces qui s'y trouvent déposées.

— Il s'exerce ensuite sur la réalité des situations de droit attestées pour tout ce qui concerne le paiement des cotisations, et la perception des prestations. Ce contrôle sur place est pratiqué par les inspecteurs de l'I.L.S.A.

IV. Taxe sur prestation de services.

Il convient de souligner que les deux associations, soit le R.A.M.EX. et le G.A.M.EX., ont été dispensées d'acquitter la taxe sur les prestations de service (68). Cette mesure est pour le moins logique, puisque la constitution de ces organismes était, dans la plus large mesure, rendue nécessaire par application de la loi du 25 janvier 1961.

(68) Décision du 24 mars 1961 du Secrétaire d'Etat aux Finances.

CONCLUSION

LES ORGANISMES ASSUREURS ET LA PRATIQUE DE L'A.M.EX.A.

§ 1. — Adaptation des divers organismes assureurs à la gestion de l'A.M.EX.A.

Il était indispensable d'étudier tant la structure que l'organisation générale des divers organismes assureurs, avant d'exposer comment et dans quelle mesure chaque organisme réalise en pratique la gestion de l'assurance maladie des exploitants.

Nous avons vu qu'il avait suffi à la M.S.A. de s'assimiler les dispositions de la loi de 1961 ayant trait à l'organisation du régime, dispositions élaborées justement en fonction de sa structure préexistante bien adaptée à la gestion du nouveau régime.

L'aménagement principal intervenu dans le cadre de la M.S.A. se résumait en somme à la création d'une section spéciale d'A.M.EX.A. au sein des Caisses départementales (voir tableau, page 99).

La Mutualité 1900, autre branche de la Mutualité agricole, disposait également de grandes facilités pour mettre en pratique le nouveau régime conformément à la loi, ce en raison de son organisation parallèle à celle de la M.S.A.

Par contre, les Sociétés d'assurance ont été contraintes d'implanter une organisation totalement neuve et de créer, tant à l'échelon départemental que national, l'organisme de groupement qu'est le R.A.M.EX.

La Mutualité 1945 devait, pour sa part, adopter des solutions qu'elle estimait mieux adaptées à sa structure propre, obligée, comme il en fut pour les Sociétés d'assurance, de réaliser le groupement prévu par la loi. La Mutualité 1945 devait interpréter les textes précités (69) différemment : la Mutualité 1945 a toujours compris l'institution du « groupement » au sens départemental.

En effet, son ou plutôt ses groupements ne sont réalisés qu'à l'échelon des Unions départementales qui seules sont en rapport avec les organismes de contrôle et les Caisses de M.S.A.

Il n'existe pas d'organisme centralisateur au niveau national, la F.N.M.F. ne jouant guère qu'un rôle de présentation des organismes postulant l'habilitation.

(69) Voir *infra*, Section III du même chapitre.

Dans certains cas, l'A.M.EX.A. sera gérée, faute d'Unions départementales par d'autres organismes relevant évidemment de la Mutualité 1945 (tels la Société mutualiste nationale médico-chirurgico-dentaire des Anciens Combattants et victimes de guerre dont le siège est à Saint-Etienne, et qui gère l'A.M.EX.A. sur sept sections départementales, et la solidarité paysanne d'Alsace qui siège à Strasbourg, et dont la compétence s'étend sur les deux départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin).

Il existe normalement, pour la Mutualité 1945, un service mutualiste d'A.M.EX.A. par département (sauf en Loire-Atlantique où une Section mutualiste d'Anciens Combattants gère parallèlement avec l'Union départementale, et le Haut-Rhin où la solidarité paysanne gère le régime en même temps que la Caisse de Prévoyance mulhousienne).

La pratique est venue consacrer ces modalités d'organisation propres à la Mutualité 1945.

§ 2. — Restriction pratique du libre choix.

L'on est fort surpris de constater la place réduite (70) qu'occupent les deux Mutualités dans le domaine de l'assurance maladie des exploitants.

Pourtant, on se souvient que la faculté du libre choix de l'organisme assureur avait été ménagée, non seulement dans l'intérêt de l'assujetti, mais encore en considération de l'histoire des deux Mutualités, et des objectifs communs qu'elles poursuivent quant à l'assurance maladie.

L'on pouvait donc penser que les Mutualités — la Mutualité économique, en particulier — concourreraient âprement avec la M.S.A. d'une part, et les Sociétés d'assurance d'autre part, en vue d'assurer le maximum de têtes.

Telle était en tout cas l'intention du législateur.

Or, avant même que la loi fût publiée, un accord à l'échelon national était réalisé entre la Mutualité 1900 et la M.S.A., au terme duquel la gestion du risque A.M.EX.A. serait géré par la M.S.A. Cet accord prit l'aspect de « recommandation » aux organismes locaux. En soi, l'on pouvait comprendre que les deux branches de la Mutualité agricole se missent d'accord pour délimiter leurs domaines d'action respectifs, la Mutualité 1900 orientant ses activités vers les risques économiques, et la M.S.A. vers les risques dits « sociaux ». Mais le choix se réduisait par là même, pour l'assuré, à trois organismes distincts

(70) Au 31-XII-64, les Stés mutualistes n'interviennent que dans la proportion de 5,6 % dans la gestion de l'A.M.EX.A.

(la M.S.A., la Mutualité 1945 et les Sociétés d'assurance), ce contrairement au désir du législateur (71).

A son tour, la Mutualité 1945 devait ensuite réaliser des accords avec la M.S.A. (72), accords se situant ici sur des plans régionaux ou départementaux (Union départementale et Caisse départementale de M.S.A.).

Ces accords sont de trois types :

1. Les uns, nombreux (73), sont basés sur une concession réciproque des organismes en cause : par exemple, telle Union départementale (Mutualité 1945) renonce à gérer l'A.M.EX.A., au bénéfice de la M.S.A., la M.S.A. s'engageant de son côté à laisser à l'Union départementale la gestion des « assurances complémentaires ».

2. D'autres accords, très peu nombreux (74), portent sur un partage des tâches à l'échelon technique, la Caisse de M.S.A. acceptant par exemple de se charger de la gestion des cotisations et du risque invalidité.

3. Lorsque la Mutualité 1945 gère intégralement l'A.M.EX.A., des accords de « bon voisinage » peuvent intervenir pour aménager la concurrence possible entre l'Union départementale et la Caisse de M.S.A. Par contre, dans certains départements, la concurrence est restée vive entre les Caisses mutualistes et les Caisses économiques d'une part, et la Mutualité sociale agricole d'autre part.

Mais au total, l'assujetti ne dispose, dans la majorité des cas, que d'un choix réduit finalement à deux organismes, la M.S.A. d'une part, et les Sociétés d'assurance représentées par le G.A.M.EX. d'autre part.

(71) Voir à ce sujet la lettre ouverte du 12-I-1961 adressée par la F.F.S.A. à l'Union des Caisses centrales d'assurances mutuelles agricoles, et la réponse du Président de l'Union (Bull. d'information de la Mutualité agricole, 1961, p. 3408 et suiv.).

(72) L'article 11 du D. 61-295 du 31-III-1961 autorise explicitement de tels accords ; mais il convient de noter que ce texte, rédigé postérieurement à la conclusion des accords, ne faisait que consacrer cet état de fait.

(73) Actuellement en vigueur dans une trentaine de départements.

(74) Intéressant actuellement deux ou trois départements seulement.

CHAPITRE II

ORGANISATION DU REGIME A.M.EX.A.

L'unité du régime A.M.EX.A. est réalisée par la M.S.A. qui centralise toutes les informations nécessaires au fonctionnement du régime, et se trouve chargée de la compensation et des opérations de contrôle (1).

Nous devons tout d'abord considérer les attributions de la M.S.A. prise en tant qu'organisme-pivot.

Nous préciserons ensuite les dispositions applicables aux organismes assureurs autres que la M.S.A. et dégagerons enfin les dispositions communes à tous les organismes assureurs.

Section I

LA M.S.A., ORGANISME PIVOT

§ 1. — Attributions spéciales des Caisses départementales de M.S.A.

Les Caisses de M.S.A. sont chargées, chacune en ce qui concerne les membres non salariés des professions agricoles dont l'exploitation ou entreprise a son siège dans leur circonscription, *de centraliser* et de contrôler les informations nécessaires au bon fonctionnement de l'assurance. Les différentes tâches que doit accomplir la Caisse départementale de M.S.A. sont minutieusement énumérées

(1) Article 1106-9, Code rural (Loi 25-I-1961).

dans le décret d'application. Les Caisses départementales de M.S.A. sont ainsi chargées (2) :

— de tenir à jour les fichiers de bases cadastrales afférents aux exploitations ou entreprises de leur circonscription, et, le cas échéant, de provoquer la correction de ces bases par application des coefficients d'adaptation prévus (3) ;

— de pourvoir à l'immatriculation des intéressés à l'assurance, ainsi que, le cas échéant, à leur radiation;

— de notifier aux « groupements » d'assureurs les catégories de revenu cadastral à retenir en vue du calcul des cotisations de leurs adhérents;

— d'indiquer aux groupements d'assureurs ceux de leurs adhérents qui sont admis au bénéfice de l'aide sociale;

— d'établir distinctement pour elle-même et les autres organismes assureurs les états nominatifs des assurés de leur circonscription ouvrant droit à la participation de l'Etat, avec l'indication pour chacun d'eux du montant de la participation;

— de centraliser en comptabilité, distinctement pour chaque groupement, les opérations effectuées par ces derniers dans leur circonscription;

— de dresser, dans les conditions déterminées par le ministre de l'Agriculture, toutes statistiques relatives aux opérations de l'assurance;

— de notifier à l'inspecteur départemental de l'I.L.S.A. les noms et adresses des assujettis non encore immatriculés à l'A.M.EX.A., ou qui n'ont pas fait choix d'un assureur.

§ 2. — Attributions spéciales de la Caisse centrale de secours mutuels agricoles.

La C.C.S.M.A. participe au contrôle des opérations des Caisses de M.S.A., notamment quant à leur fonctionnement, et l'utilisation des fonds mis à leur disposition.

Elle peut faire prendre connaissance par ses agents auprès des Caisses de M.S.A. (4), de toutes pièces relatives aux opérations de l'assurance.

(2) Art. 2, D. 61-295 du 31-III-1961.

(3) Article 1106-8, 1°, alinéa 3, Code rural.

(4) Et auprès des bureaux départementaux constitués par les organismes assureurs à condition toutefois que les agents de la M.S.A. soient habilités à cet effet par l'inspecteur départemental de l'I.L.S.A. Cette habilitation doit être donnée seulement dans des cas exceptionnels.

Elle est en outre chargée (5) :

— de centraliser sur le plan national et de contrôler toutes informations nécessaires au fonctionnement de l'assurance, et notamment d'établir dans les conditions fixées par le ministre de l'Agriculture, toutes statistiques relatives aux opérations de l'assurance;

— de coordonner l'activité de l'ensemble des organismes de gestion de l'assurance, et notamment, de procéder, en fonction des dépenses régulièrement effectuées par les différents organismes assureurs et des cotisations dont l'encaissement leur incombe :

a) à la répartition des sommes mises à sa disposition par le B.A.P.S.A. ou les avances nécessaires consenties par le ministre de l'Agriculture;

b) à la compensation des opérations de l'assurance entre les organismes assureurs dans les conditions fixées par décret en tant que de besoin.

— Enfin, d'assurer le service de toute documentation utile et, le cas échéant, d'instituer, après autorisation ministérielle, tous services communs nécessaires au bon fonctionnement de l'ensemble des organismes de gestion de l'assurance.

Section II

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX AUTRES ORGANISMES ASSUREURS

I. L'habilitation.

Les organismes assureurs autres que la M.S.A. doivent, pour être admis à la gestion de l'assurance, avoir fait l'objet d'une habilitation à cet effet donnée par leurs ministères de tutelle respectifs (6), soit le ministre de l'Agriculture pour les Caisses mutuelles, le ministre de l'Agriculture et le ministre du Travail pour les Sociétés mutualistes, et le ministre des Finances et de l'Agriculture pour les Sociétés d'assurance.

L'habilitation peut être retirée, par le ministre de tutelle d'office, ou à la demande du ministre de l'Agriculture, à un organisme assureur pour tout ou partie du territoire métropolitain ou, le cas échéant, de sa circonscription territoriale (7).

(5) Article 3, D. 61-295 du 31 mars 1961.
(6) Article 5, D. 61-295 du 31-3-1961.
(7) Article 6, D. 61-295 du 31-3-1961.

Ce retrait est prononcé quand l'organisme refuse l'inscription volontaire ou l'immatriculatoin d'office d'un assuré, ne respecte pas les obligations qu'entraîne l'habilitation, ou se révèle hors d'état d'assurer correctement la gestion de l'assurance.

II. Obligations mises à la charge des organismes assureurs autres que la M.S.A. (8).

Nous avons eu l'occasion, à propos du R.A.M.EX. et de la Mutualité 1945, d'analyser l'obligation de groupement par catégorie, de constitution de bureaux départementaux, et de tenue d'une comptabilité spéciale pour les opérations d'assurance A.M.EX.A.

Nous n'y reviendrons pas, et nous bornerons à préciser les obligations ayant trait à la gestion technique, obligation que nous avons dû esquisser en traitant l'objet du R.A.M.EX.

Les organismes assureurs autres que la M.S.A. doivent, d'une façon ou d'une autre, se conformer au règlement approuvé par les ministres de l'Agriculture, du Travail, des Finances et Affaires économiques, précisant les clauses types qui doivent figurer dans les statuts de ces organismes, en ce qui concerne les contrats types (tarifs et conditions imposées), la comptabilité spéciale pour la gestion des risques de l'assurance pour laquelle aucun bénéfice ne doit être réalisé, et le contrôle médical commun.

Ils ont de plus l'obligation de fournir aux Caisses de M.S.A., par l'intermédiaire des « groupements » (9) :

— La communication, dans les quinze jours du mois civil suivant, des bulletins d'adhésion recueillis chaque mois dans la circonscription de chaque Caisse de M.S.A. en vue de l'affiliation des intéressés.

— La notification pour chaque mois civil et dans les vingt jours au plus suivant son expiration, du montant des cotisations exigibles, des cotisations encaissées, des prestations des assurances « maladie » et « maternité » payées au nom de chacun des assurés relevant d'une exploitation ou d'une entreprise dont le siège est situé dans la circonscription de la Caisse de M.S.A., du montant des arrérages de pensions d'invalidité payés à chaque titulaire de pension résidant dans la même circonscription, et du montant global des prélèvements de gestion correspondants.

— Ils doivent enfin déposer, dans le délai de dix jours du règlement ou du rejet des prestations, au bureau départemental correspondant à la circonscription de chaque Caisse de M.S.A., les feuilles de soins et documents annexés, les feuilles de décompte afférentes aux prestations payées ou rejetées des assurances « maladie » et

(8) Prévues au Ch. II du D. 61-295.
(9) Visés à l'article 5, 3°, précité du D. 295 du 31-3-1961.

« maternité » ainsi que les pièces émanant du service du contrôle médical (10).

— Les bureaux départementaux des organismes autres que la M.S.A. se sont vus conférer des attributions particulières :

Ils doivent assurer, d'une part, la répartition entre leurs ressortissants des sommes mises à leur disposition par les organismes de M.S.A. pour le financement de l'assurance au titre du budget annexe des prestations sociales agricoles (B.A.P.S.A.) et, d'autre part, la liaison entre organismes assureurs et la Caisse de M.S.A.

Ils conservent en outre les archives (11) et doivent les présenter sur leur demande aux inspecteurs de l'I.L.S.A. chargés du contrôle, et sont tenus de signaler à la Caisse de M.S.A. intéressée, tout changement intervenant dans la situation des assujettis et de leur famille.

Section III

DISPOSITIONS COMMUNES A TOUS LES ORGANISMES ASSUREURS

A. — Comptabilité.

Les opérations de l'assurance doivent faire l'objet dans chaque organisme d'une comptabilité spéciale : les pièces justificatives qui s'y rapportent doivent être classées séparément, et conservées pendant au moins cinq ans.

Les dossiers de liquidation de pensions d'invalidité sont conservés pendant au moins deux ans après le décès du pensionné.

Les écritures comptables relatives aux opérations de l'assurance et les livres de comptabilité sont conservés dix ans (12).

B. — Frais de gestion.

Un arrêté du ministre de l'Agriculture et du ministre des Finances et des Affaires économiques fixe les conditions et les limites dans lesquelles les ressources nécessaires sont mises à la disposition des Caisses de M.S.A. et des autres organismes assureurs pour la couverture des frais de gestion de l'assurance (13).

(10) Article 8, § 4 du D. 61-295 du 31-3-1961.

(11) En particulier les bulletins d'adhésion et les bordereaux y afférents, après retour de la C. de M.S.A. intéressée.

(12) Article 14, D. 61-295 du 30-III-1961.

(13) Article 16, D. 61-295 du 31-III-1961.

C. — Controle de la gestion de l'assurance.

Les inspecteurs et contrôleurs de l'I.L.S.A., ainsi que les agents des Caisses de M.S.A. habilités à cet effet, dans des cas particuliers, par l'inspecteur divisionnaire de l'I.L.S.A., peuvent contrôler dans les bureaux départementaux toutes les opérations et notamment les décomptes de prestations établis par tous organismes assureurs (14).

Les Caisses de M.S.A. et tous les autres assureurs sont soumis pour les opérations d'assurance et sans préjudice des autres contrôles régulièrement institués, pour chaque organisme, au contrôle du ministères de l'Agriculture et du ministère des Finances et des Affaires économiques, ainsi qu'à celui de la Cour des Comptes.

Des sanctions sont attachées au contrôle :

Les prestations versées par tous les assureurs en méconnaissance des obligations qui leur incombe sont exclues des charges de l'assurance par décision de l'inspecteur divisionnaire de l'I.L.S.A. Le ministère de l'Agriculture peut en outre décider de réduire les sommes mises à la disposition de l'organisme assureur responsable : la réduction peut atteindre 10 fois le montant de la prestation irrégulièrement versée : les sommes ainsi retenues sont mises à la disposition du Fonds d'Action sociale prévu à l'article 1106-4 Code rural.

Enfin, l'habilitation donnée à l'organisme assureur peut lui être retirée.

D. — Diverses obligations accessoires incombent enfin a l'ensemble des organismes assureurs.

Ceux-ci sont tenus de fournir à l'administration des contributions directes (15) un relevé récapitulatif par praticien des feuilles de maladie et notes de frais remises par les bénéficiaires de l'assurance : ces dispositions concernent les praticiens qui dispensent leurs soins aux assurés.

Par ailleurs, les dispositions des articles 58, 59 et 60 du Code de la Sécurité sociale (16) sont applicables aux actes, pièces, et documents relatifs à l'assurance. Les correspondances relatives au service de l'assurance bénéficient d'une dispense d'affranchissement (17).

(14) Article 15, § 1, D. 61-295 du 31-III-61. Les sanctions attachées au contrôle sont prévues par le même article, §§ 2 et 3.

(15) Ce, conformément à l'article 1994, C.G.I.

(16) Dispense de droit de timbre et d'enregistrement.

(17) Dans les conditions fixées par arrêté du 8 avril 1961.

CHAPITRE III

LE CONTENTIEUX

— Selon l'article 1106-14 du Code rural, les dispositions du Chapitre II du Code de la Sécurité sociale sont applicables aux différends relatifs à l'application de l'A.M.EX.A.

En raison de l'autonomie des régimes sociaux agricoles, divers aménagements permettent l'adaptation convenable du Contentieux prévu dans le cadre de la Sécurité sociale, aux différends nés de la Législation sociale agricole.

Section I

GENERALITES

I. — La législation sociale agricole est à l'origine de difficultés pratiques, lesquelles peuvent naître tant de l'imprécision des textes que de problèmes particuliers auxquels la réglementation n'apporte pas de solution satisfaisante.

Les assujettis doivent donc disposer de voies de recours en vue d'une application juste de la loi.

Chronologiquement, les régimes obligatoires en matière agricole sont les assurances sociales des salariés agricoles, les allocations familiales, l'assurance vieillesse agricole, et enfin l'A.M.EX.A.

Dès l'apparition du premier de ces régimes, le législateur avait compris la nécessité de donner aux nouveaux assujettis la possibilité de recourir contre certaines décisions des Caisses, ce, dans des conditions plus simples et moins onéreuses qu'en droit commun.

Des facilités existaient par suite de la création de commissions d'arrondissement comprenant le juge de paix ou un suppléant, assisté de deux assesseurs, l'un employeur, l'autre salarié ; cette institution fut rendue applicable à l'agriculture par le décret-loi du 30 octobre 1935.

En outre, était ménagée la possibilité d'appeler devant le tribunal civil de l'arrondissement; les frais de timbre et d'enregistrement étaient supprimés pour toutes pièces, actes et jugements intéressant les Assurances sociales. Le pourvoi en cassation ne pouvait intervenir que pour violation de la loi, et restait donc très exceptionnel.

Ainsi se trouvait établi le principe consistant à faire juger les litiges nés de la Législation sociale par un contentieux spécial comprenant les représentants d'assujettis.

Par ailleurs, les contestations ayant trait à l'état du malade étaient confiées à une commission technique; les différends entre médecins et organismes étaient réglés par une commission supérieure de contrôle.

II. — Les ordonnances de 1945 réorganisant la Sécurité sociale sur de nouvelles bases, la loi du 22 mai 1946 généralisant la Sécurité sociale et les lois relatives aux allocations familiales entraînèrent une refonte du Contentieux social (1).

L'organisation du Contentieux en matière agricole se présentait ainsi :

— Le premier échelon obligatoire était une commission de procédure gracieuse constituée au sein de la Caisse de M.S.A.

— Le premier échelon de procédure contentieuse était la commission départementale de première instance, composée du président du tribunal civil ou d'un juge délégué et d'assureurs comprenant employeurs et salariés.

— Le second degré était une commission régionale d'appel, de composition identique.

Le secrétariat de ces commissions était désormais assuré par un fonctionnaire de l'Inspection de la Sécurité sociale (2), et il était créé, quand le nombre des litiges le justifiait, un secrétariat agricole distinct. Le formalisme, devant ces commissions était réduit au minimum (3), et la présence au second degré de juges professionnels accentuait le caractère spécial de ce contentieux.

(1) Loi du 24-X-1946.

(2) Au lieu et place du greffier de Paix.

(3) La lettre recommandée remplaçait l'exploit d'huissier, la procédure était rapide et sans frais.

Par ailleurs, les litiges d'ordre médical restaient soumis à une procédure particulière instituée sous forme de commission régionale d'invalidité et d'inaptitude au travail.

III. La législation sociale évolue rapidement, par la création des régimes d'assurances vieillesse des non-salariés et dans le domaine qui nous intéresse ici, par le régime autonome d'assurance vieillesse agricole qui prit effet au 1er juillet 1952 : la compétence du Contentieux fut étendue aux litiges nés de cette nouvelle législation, sauf toutefois pour les litiges concernant l'affiliation des personnes non salariées à un régime déterminé d'assurance vieillesse, en cas d'exercice simultané de plusieurs professions : à compter du 1er janvier 1955, des commissions départementales d'affiliation furent créées à cet effet, une commission nationale placée sous le contrôle du Conseil d'Etat jouant le rôle de juridiction d'appel (4).

IV. — C'est à ce stade qu'intervint la réforme judiciaire du 22 décembre 1958 tendant à refondre l'ensemble de l'organisation judiciaire française, et à mettre un frein à la prolifération des juridictions d'exception. Le législateur ne modifia pas au fond l'organisation libérale des juridictions du 1er degré de Sécurité sociale, mais donna exclusivement compétence aux cours d'appel pour trancher les litiges au 2e degré. L'autonomie du régime agricole fut bien concrétisée par la création dans chaque département d'un secrétariat agricole distinct. L'institution, en janvier 1961 du régime A.M.EX.A. renforça l'importance de ces secrétariats.

Le Contentieux général règle toujours les conflits qui s'élèvent au sujet des affiliations et immatriculations, des cotisations et des prestations. Le Contentieux dit « technique » reste connaître des contestations relatives à l'état d'invalidité, et à la détermination de l'origine accidentelle ou morbide des risques survenus.

Nous sommes amenés ainsi à préciser, sous ce double aspect, les règles contentieuses en matière d'A.M.EX.A.

Section II

LE CONTENTIEUX GENERAL

§ 1. — La procédure gracieuse préalable.

Le législateur, désireux de simplifier et d'accélérer la solution d'éventuels différends, a voulu ménager la possibilité d'un règlement

(4) Cette compétence fut étendue en 1956 aux différends résultant de l'allocation supplémentaire du F.N.S.

amiable des litiges chaque fois qu'il est possible. A cet effet fut instituée, au sein du conseil d'administration des Caisses de M.S.A., une commission de recours gracieux (5) comprenant quatre membres, et qui doit être saisie de tous litiges qui peuvent se présenter entre affiliés à la M.S.A. d'une part, et la Caisse d'autre part. Cette commission doit être saisie par L.R. dans les deux mois suivant la décision querellée. Sur avis de la commission, le conseil d'administration prend une décision et la notifie à l'intéressé. La procédure purement contentieuse est ouverte, dans les deux mois qui suivent la décision de rejet du conseil d'administration.

L'absence de réponse dans le mois suivant la réclamation gracieuse est considérée comme un rejet : l'expiration de ce mois fait alors courir le délai de deux mois pour saisir la juridiction contentieuse. Quant aux organismes privés d'A.M.EX.A., le ministre de l'Agriculture a estimé qu'il y avait lieu d'écarter cette phase gracieuse; la compétence de la commission de recours gracieux ne peut être étendue en effet aux organismes assureurs autres que la M.S.A. L'on ne voit pas pourquoi néanmoins une commission départementale commune entre les différents organismes assureurs ne pourrait être instituée.

§ 2. — La procédure contentieuse.

I. — Ainsi, les réclamations non soumises à la formalité préalable de recours gracieux, ou ayant fait l'objet d'une décision de rejet, peuvent être portées devant la juridiction de première instance, c'est-à-dire devant la commission de première instance (6).

Cette commission peut être saisie en la personne de son secrétaire par L.R. ou sur simple visite de l'intéressé.

Le secrétaire convoque les parties par L.R. avec demande d'A.R., ce, quinze jours avant l'audience.

La commission est composée d'un magistrat, président, et de deux assesseurs représentant les professions agricoles ; ces assesseurs peuvent être récusés selon les dispositions, articles 378 et suivants du C.P.C. Une formation particulière est prévue si le litige intéresse l'assurance vieillesse agricole : l'assesseur salarié est alors remplacé par un membre du conseil d'administration de la Caisse.

Une formation mixte est prévue s'il y a lieu de déterminer le régime social applicable.

(5) Par application des dispositions du D. du 22-XII-1958.

(6) En régime A.M.EX.A., les règles ordinaires de procédure judiciaire, telles que prévues par la L. du 13 juillet 1930, sont écartées pour les organismes assureurs tels que les Sociétés d'assurance et les Caisses mutuelles.

Notons que les commissions départementales et nationales ont été supprimées, et leurs attributions transférées à la commission de première instance dont la composition varie en conséquence.

L'assuré peut être représenté par une personne exerçant la même profession, par un avocat, ou par un avoué, s'il ne se présente pas lui-même. En cas d'assureur privé, la Société d'assurance intéressée et le G.A.M.EX. sont représentés par le chef du bureau départemental, qui reçoit un pouvoir régulier. Les débats sont publics; si la commission ne peut concilier les parties, elle statue en dernier ressort sur les demandes inférieures à 1.500 F (7) et en premier ressort pour les demandes supérieures à 1.500 F.

II. — L'appel de la décision de la commission de première instance doit être portée devant la cour d'appel compétente, suivant les règles du droit commun. Le litige est alors porté devant la Chambre sociale de la cour d'appel. Les parties sont dispensées du ministère de l'avoué si elles le désirent.

L'appelant qui succombe peut être condamné au paiement d'un droit de 100 F au maximum.

En cas de recours abusif ou dilatoire, une amende de 100 à 10.000 F est encourue.

III. — Suivant les règles du droit commun, un pourvoi peut être formé dans les deux mois qui suivent la notification de l'arrêt de la cour d'appel. Le pourvoi est évidemment non suspensif.

Section III

LE CONTENTIEUX TECHNIQUE

En dehors des limitations (8) découlant des principes du droit judiciaire français, le décret du 22 décembre 1958 et le Code de la Sécurité sociale donnent compétence à un autre contentieux pour tous les litiges nés, non de l'application même de la législation, mais de l'appréciation de l'état des malades ou de leur degré d'invalidité en vue de l'octroi de prestations.

(7) Compétence en dernier ressort du Tribunal d'Instance.

(8) Echappent au Ctx général :

— les litiges entre médecins, hôpitaux, etc., et les organismes sociaux ;

— les recours c/ les décisions administratives ;

— les recours en matière personnelle devant être portés devant les tribunaux ordinaires (exemple : recours du préposé c/ son employeur) ;

— les recours des organismes sociaux contre un tiers responsable prévus par l'article 1046 du Code rural (compétence des juridictions pénales ou civiles).

I. — L'expertise médicale.

En matière agricole, l'expertise médicale prévue par décret du 7 janvier 1959 peut être mise en œuvre en dehors de toute autre procédure, par l'assuré lui-même, auprès de l'organisme ayant pris la décision d'ordre médical.

Au cas où la contestation, portant sur l'état du malade, notamment pour fixer la date de la consolidation, ou de la guérison, survient en cours de procédure devant la commission de première instance, celle-ci doit surseoir à statuer jusqu'au résultat de l'expertise médicale faite dans des conditions réglementaires.

II. — Le Contentieux technique a au contraire un caractère juridictionnel. Il comprend des Commissions régionales présidées par l'inspecteur divisionnaire de l'I.L.S.A., et composées d'un médecin expert, du médecin du requérant, et du médecin de l'organisme défendeur, d'un représentant de l'inspecteur divisionnaire du Travail, d'un employeur et d'un salarié.

L'appel d'une décision de cette Commission régionale peut être formé dans un délai d'un mois (9) devant la Commission nationale technique dont le siège est à Paris.

Malgré la nette distinction des deux ordres de contentieux, certaines commissions de première instance estiment que leur compétence générale les autorise à provoquer des expertises médicales dans la forme judiciaire, quelle que soit la procédure engagée par ailleurs.

L'évolution de la jurisprudence pourra seule trancher sur la valeur d'une telle pratique.

(9) Précédemment, 2 mois : mais le D. du 26 novembre 1965 (*J.O.*, 2-12-1965) est venu simplifier les délais de procédure, et fixe à un mois le délai d'appel pour le contentieux technique, comme il en était déjà dans le cadre du contentieux général.

CHAPITRE IV

LE CONTROLE MEDICAL

Il n'est pas d'assurance possible, même « sociale », sans contrôle. Partant de ce principe, il nous a paru tout à fait indispensable de consacrer une place particulière, dans la présente étude, à l'état actuel du contrôle médical des législations agricoles, et plus spécialement de l'A.M.EX.A. Notons liminairement que nous touchons ici au domaine où la volonté même du législateur reste la plus méconnue.

Pour bien comprendre les problèmes non encore résolus que pose le contrôle médical en matière agricole, il nous faut tout d'abord préciser le fonctionnement du contrôle médical en régime général de Sécurité sociale.

Section I

LE CONTROLE MEDICAL EN REGIME DE SECURITE SOCIALE

§ 1. — Utilité du contrôle.

L'on ne peut concevoir de formule d'assurance sans l'existence d'un contrôle : et il en est de même pour l'exercice de la médecine avec un « tiers répondant » ou « tiers garant » (1).

L'utilité du contrôle médical est évidente et se trouve consacrée par les textes et reconnue dans toutes les conventions avec les corps organisés de praticiens.

(1) Terme fréquemment utilisé par le Haut Comité Médical pour désigner l'organisme qui verse des prestations, soit la Caisse de Sécurité sociale en régime général, soit l'organisme assureur en matière agricole.

La nécessité du contrôle médical découle de son double rôle :

— Rôle de contrôle au sens strict tout d'abord : seul un contrôle médical permet de limiter les périodes d'incapacité temporaire et les demandes inconsidérées de prestations, et de réprimer les abus et les fraudes.

— Rôle de conseil technique ensuite : le médecin-conseil a qualité de conseiller technique de la Caisse dont il dépend, soit pour intégrer le malade dans le cadre des risques prévus par la loi, soit pour orienter la politique médicale de l'organisme en fonction des progrès de la médecine, soit pour assurer le rôle de prévention de cet organisme.

Mais le médecin-conseil est aussi conseiller de l'assuré, dont l'intérêt est évidemment le premier souci, l'objet même des institutions sociales.

Le médecin-conseil peut enfin être amené à conseiller le médecin traitant, à l'éclairer en particulier sur l'évolution des législations sociales. Le terme de « contrôle médical » apparaît ainsi comme trop étroit et restrictif, le rôle profondément social du médecin-conseil se situant bien souvent au-delà du « contrôle » proprement dit. L'on devrait plutôt, à notre sens, parler de « surveillance médicale » ou de « protection médico-sociale ».

§ 2. — Evolution et organisation du contrôle médical en régime de Sécurité sociale.

Dès 1930, s'instaura un contrôle médical, corollaire même de toute notion d'assurance sociale.

A cette époque, le médecin de la Caisse n'est qu'un médecin-contrôleur lié par contrat à la seule Caisse pour le compte de laquelle il exerce son contrôle.

L'ordonnance du 19 octobre 1945 substitua la notion de sécurité à l'idée d'assurance ; le Conseil médical devint un contrôle véritablement régional, et le médecin contrôleur prit le titre mieux adapté de médecin-conseil.

Dès lors, la fonction du Conseil médical fut nettement déterminée dans les textes, et se trouve fixée plus complètement et plus précisément encore par l'article 1er du décret du 12 mai 1960 (2). Il convient en particulier de souligner le rôle actuel de conseillers en matière d'Action sanitaire et sociale de tous les organismes de Sécu-

(2) Complété par décret du 27-XI-61 fixant les statuts des praticiens Conseils et arrêté du 17 avril 1962 fixant le fonctionnement du contrôle médical du régime général de Sécurité sociale.

rité sociale, du médecin-conseil régional, et du médecin-conseil régional adjoint.

L'on peut ainsi tracer le schéma du contrôle médical en régime de Sécurité sociale :

A l'échelon régional (Caisse régionale de Sécurité sociale) un médecin-conseil régional assume la direction effective de tous les services du contrôle médical de la région placée sous son entière responsabilité. Ses pouvoirs ont été renforcés par les textes de 1960, 1961 et 1962 : en effet, il ne jouait autrefois qu'un simple rôle de coordination et de direction technique.

Le Contrôle médical forme un service régional, constitué non seulement par l'ensemble des médecins-conseils, mais encore par l'ensemble du personnel de secrétariat médical ; il a son budget propre, et possède ses propres installations mobilières et immobilières.

A l'échelon départemental (Caisse primaire) (3) l'on trouve le médecin chef de la Caisse primaire assisté de conseils spécialisés.

Il dispose de son budget et rétribue des adjoints.

Les médecins chefs de service d'une même région sont tous responsables devant le médecin-conseil régional.

Ainsi, en Régime de Sécurité sociale, le Contrôle médical forme un tout homogène et cohérent, et constitue un service unique qui ne peut être scindé, ni divisé, ni dissocié; il est commun à toutes les Caisses de la Région et ne saurait dépendre d'aucune d'entre elles prise isolément.

Une telle organisation permet l'uniformisation des méthodes de contrôle pour l'ensemble des Caisses d'une même Région, et entraîne l'accroissement de l'indépendance du médecin-conseil.

Le médecin-conseil dont le rôle devient essentiel doit être réellement indépendant de la Caisse auprès de laquelle il remplit ses fonctions pour pouvoir accomplir efficacement sa mission.

Il faut retenir qu'à l'heure actuelle, la médecine dite de « contrôle » doit venir en aide à la médecine « traitante », aux assurés sociaux, aux organismes sociaux eux-mêmes : l'action de la médecine de contrôle ne saurait se confiner au domaine que semble lui assigner sa dénomination actuelle : en fait, les médecins spécialisés sont chargés, tant par les « tiers garants » que par le corps médical lui-même « d'établir, discipline par discipline, la doctrine du meilleur emploi de l'assurance maladie » (4).

(3) Une Caisse primaire par département, sauf la Caisse de la Région parisienne qui englobe la Seine et les départements de S.-et-O. et S.-et-M.

(4) « Assurance Maladie et Affaires de Santé », publ. en 1965 par l'Association pour l' « étude des problèmes économiques et humains de l'Europe », p. 89 *a*).

C'est d'ailleurs dans cet esprit que fut créé (5) le Haut-Comité médical de la Sécurité sociale, autorité technique associant dans sa composition des médecins traitants et des médecins-conseils.

Parmi les tâches (6) incombant au Haut-Comité médical, figure justement la mission de « définir l'orientation générale du contrôle exercé par les médecins-conseils, et d'établir les directives techniques nécessaires au fonctionnement du contrôle médical ».

Section II

LE CONTROLE MEDICAL EN REGIME AGRICOLE

§ 1. — Les données du problème.

Il n'était pas possible d'étendre précisément aux législations sociales agricoles les dispositions relatives au contrôle médical de la M.S.A. d'une part, et de la Sécurité sociale d'autre part.

Nous avons vu en effet que la gestion du régime agricole de Sécurité sociale (7), est confié aux Caisses de M.S.A., qui sont en général départementales, toujours autonomes, et rattachées directement, sans échelon intermédiaire, à la Caisse centrale, laquelle ne peut jouer un rôle de direction effective desdites Caisses.

Le législateur se devait donc d'organiser un système de contrôle médical parallèle à celui de la Sécurité sociale, mais adapté aux régimes sociaux agricoles et à leurs conditions propres de fonctionnement. Quels textes régissent actuellement encore le contrôle médical en matière d'Assurance sociale agricole ?

Tout d'abord, le décret n° 50-1125 du 21-9-1950 portant R.A.P., en ce qui concerne les Assurances sociales agricoles, disposait en son article 98 :

> « Les Caisses de M.S.A. sont tenues d'exercer un contrôle « médical en vue de donner le maximum d'efficacité médicale « au service des prestations, et d'éviter des abus : elles doi- « vent s'assurer à cet effet les services d'un médecin-conseil. »

Après avoir précisé l'objet du contrôle, ce même article prévoyait un arrêté d'application qui n'a encore jamais vu le jour.

Puis intervint la loi du 25-1-1961 sur l'A.M.EX.A., qui porta brutalement le nombre de bénéficiaires du régime agricole de deux à plus de huit millions de têtes : le système du libre choix de l'organisme

(5) D. du 7-1-1959.
(6) Fixées par D. du 7-1-1959 et arrêté du 12 mai 1960.
(7) Comme il convient de la dénommer depuis le D. du 12 mai 1960.

assureur impliquait un contrôle médical commun : cette institution fut prévue par l'article 1106-10 du Code rural.

En outre, l'article 1106-2, IV du Code rural disposait que :

> « des décrets fixeront les conditions de liaison et de coordi-
> « nation entre les contrôles médicaux des régimes d'Assu-
> « rances sociales et le contrôle médical de l'Aide sociale. Ce
> « contrôle sera organisé sous l'égide du Haut-Comité médical. »

Vint alors le décret d'application 61-295 du 31-III-1961, lequel précisa dans son article 27 :

> « à titre transitoire, jusqu'à l'entrée en vigueur du Règlement
> « d'administration publique, relatif à l'organisation du con-
> « trôle médical de l'Assurance, ce contrôle est exercé par les
> « médecins-conseils de la M.S.A. »

Or, ce R.A.P. n'a pas paru, de telle sorte que la solution « transitoire », adoptée en 1961 dure encore...

§ 2. — Etat actuel du contrôle médical en matière agricole.

L'on peut résumer la situation actuelle en relevant qu'il n'y a pas d'organisation générale du contrôle médical dans le régime agricole. Aucune règle précise de fonctionnement n'est posée. Le médecin-conseil n'est aucunement indépendant, se trouve exposé à de fréquentes violations du secret professionnel, et ne joue qu'un rôle minime, voire nul en matière d'action sanitaire et sociale.

Les médecins des Caisses de M.S.A. ne sont que des contractuels isolés, sans statut national, et ne disposant d'aucun budget. Leur fonction n'est même pas stable, puisqu'ils demeurent sous l'étroite subordination du Conseil d'administration de la Caisse dont ils dépendent, et peuvent être arbitrairement « remerciés », sans contrepartie, par tel Président de Conseil d'administration.

Leur rémunération est nettement insuffisante, en tout cas bien inférieure à celle des médecins du régime général.

Leur effectif est enfin dérisoire : avant le 1er avril 1961, 80 médecins-conseils assumaient le contrôle médical de 2.000.000 de salariés agricoles. Après l'entrée en application du régime A.M.EX.A., le nombre des assurés est passé à 8.000.000 et les médecins-conseils de 80 à 120 ! Leur nombre actuel avoisine 140, alors qu'un minimum de plus de 300 médecins-conseils serait requis !

Ainsi, les médecins-conseils, en régime agricole, ne peuvent jouer convenablement leur rôle, en raison de la multiplicité des tâches qui leur incombent, de leur nombre trop limité, de la pauvreté de moyens dont ils disposent, et de leur manque d'indépendance. Nous n'insis-

terons pas sur l'insuffisance de leur recrutement aussi bien en nombre qu'en qualité.

Il importe donc autant qu'il urge, qu'interviennent dans les plus brefs délais les textes précis attendus depuis des années, pour que soit fixée l'organisation de contrôle médical des Législations agricoles, et précisé le statut des médecins-conseils.

Section III

RECHERCHE D'UNE SOLUTION

§ 1. — Thèses en présence.

I. — Dès le mois de mai 1961, le ministre de l'Agriculture avait établi un projet de décret depuis longtemps périmé. Ce projet était complété par un second texte « fixant le statut des praticiens-conseils chargés du contrôle médical du régime général de Sécurité sociale et du Service de contrôle médical des Législations sociales agricoles » : il s'agissait donc d'un statut commun aux praticiens des deux régimes, dont la discussion aboutit à une disjonction, moyennant quoi fut seul fixé le statut des médecins du régime général par décret du 27 novembre 1961.

Quant à l'organisation du contrôle médical, le projet ministériel maintenait intégralement l'organisation ancienne du contrôle médical interne, propre à la M.S.A.; il confiait à la Caisse centrale de Secours mutuels agricoles des attributions de contrôle médical non prévues par la loi du 25 janvier 1961 (8) et incompatibles avec la mission permanente d'inspection dévolue en Haut-Comité médical (9) ; il assimilait enfin, quant à la rémunération et les conditions de travail, le personnel des services de contrôle médical au personnel des organismes de M.S.A.

II. — L'union des Caisses centrales de Mutualité agricole admit bien sur ce projet ministériel comme base de travail, et proposa plusieurs modifications (10) qui tendaient à renforcer encore sous l'égide de l'Etat le contrôle étroit et total des Caisses de M.S.A. sur

(8) Ni même par le décret 60-453 du 12-5-1960.

(9) En application des dispositions de l'article 1er, alinéa 2 de l'arrêté interministériel du 12-5-1960 (*J.O.*, 13 mai, p. 4.367).

(10) L'U.C.C.M.A. amenda le projet ministériel selon deux variantes rédigées à quelques jours d'intervalle (10 et 16-6-1961).

Postérieurement au 16 juin, la position de l'U.C.C.M.A. fut précisée dans deux rapports présentés à l'Assemblée générale des 6 et 7-XII-1961 et dans une motion adoptée par la même assemblée (documents 400-402-404) figurant aux bulletins d'information de la Mutualité agricole n° XII.1961 et I.1962.

le service médical, accentuant encore la dépendance des praticiens-conseils vis-à-vis des Caisses auxquelles ils sont attachés.

III. — La Fédération nationale de la Mutualité française (Mutualité 1945), consultée sur le projet précité, formula plusieurs remarques de principe.

D'abord, la F.N.M.F. ne pouvait émettre d'avis que dans le domaine de l'A.M.EX.A., seule législation à laquelle elle était amenée à participer. Or, le projet ne contenait aucune disposition spéciale au sujet de l'A.M.EX.A., visant uniquement l'intervention des Caisses de M.S.A. Pourtant, l'article 1106-10 Code rural, comme nous l'avons souligné, avait prescrit expressément que le contrôle médical serait commun aux différents organismes assureurs.

Donc, ce projet était en contradiction avec le texte légal de base.

Ensuite et sur un plan plus général, la F.N.M.F. reprochait vivement au projet de s'inspirer largement de conceptions étatiques dans l'esprit du fameux décret du 12 mai 1960, et d'être sur ce point encore plus restrictif que les mesures appliquées à l'époque en matière de Sécurité sociale.

IV. — La F.F.S.A. (Fédération Française des Sociétés d'Assurance) saisie également du projet, souleva les plus sérieuses objections, s'inspirant d'ailleurs des principes généraux invoqués par la Mutualité 1945.

Il ne semblait pas tout d'abord que les dispositions du projet eussent été différentes, si la M.S.A. avait reçu le monopole de l'A.M. EX.A... De plus, le contrôle médical était institué sous l'égide de la M.S.A., et plus particulièrement, de la C.C.S.M.A. et non sous la protection du Haut-Comité médical ainsi que le législateur l'avait voulu (art. 1106-2, dernier alinéa, Code rural).

La F.F.S.A. estima que tous les organismes assureurs devaient participer à la nomination des membres du contrôle médical et non un seul de ces organismes, et proposa d'instituer une Commission nationale avec sous-commission régionale et départementale pour procéder, par prélèvement sur les frais de gestion du régime, à l'établissement des budgets du contrôle médical commun. Ces commissions formées de représentants des différents groupements, pourraient également procéder à la nomination des médecins-conseils.

V. — Le Syndicat national des médecins de la M.S.A. fit connaître son point de vue aux Affaires professionnelles et sociales du Ministère de l'Agriculture (11), ainsi qu'au Président Directeur général de l'U.C.C.M.A. (12).

(11) Lettres des 22-6-61 et 10-7-61.
(12) Lettre du 19-6-61.

La thèse des médecins de la Mutualité agricole sur la « protection médico-sociale » du monde agricole fut parfaitement développée dans un article du docteur Peyrusset publié dans la revue « Concours médical » :

S'en dégage non pas une tendance à l'autonomie absolue, mais une volonté d'indépendance tant dans le cadre de la M.S.A. que des autres organismes assureurs, et du Ministère de tutelle.

Cette indépendance doit être consacrée par un budget propre aux contrôles médicaux, et se trouverait pleinement effective dans le cadre de structures régionales à créer.

Le Syndicat des médecins-conseils agricoles souhaitait également que les attributions du médecin-conseil fussent définies précisément.

§ 2. — Conditions d'un bon fonctionnement du contrôle médical agricole.

Vu les données du problème tant en fait qu'en droit, et les thèses en présence, il est possible de dégager les principes essentiels qui doivent régir l'organisation et le fonctionnement du contrôle médical des législations agricoles.

Ces principes ont été dégagés dès 1962 par le Professeur de Vernejoul, Président du Haut-Comité médical.

I. — D'abord, un contrôle médical commun, conforme aux intentions du législateur est absolument nécessaire (13). Le contrôle commun est indispensable « afin que la concurrence entre les assureurs ne puisse porter sur l'action du contrôle médical (14).

De plus, le contrôle doit être commun aux exploitants et salariés, puisqu'un même individu peut facilement passer d'un régime à l'autre, ou relève simultanément des deux régimes.

Enfin, les différents organismes assureurs doivent participer en commun à l'organisation et au fonctionnement du contrôle médical : l'on ne voit pas pourquoi les tendances monopolistes de la M.S.A. s'exerceraient sur le contrôle médical, ce qui tendrait, sur ce point, à faire pièce au principe de pluralité de gestion de l'A.M.EX.A.

II. — Le contrôle médical doit être indépendant : entendons par là qu'il ne doit pas être sous la sujétion directe d'un organisme assureur, et cela dans l'intérêt de cet organisme lui-même.

Dans l'actuel régime transitoire qui s'éternise, l'on comprend qu'une certaine gêne se fasse jour parfois dans les rapports des repré-

(13) Dr J.-R. Debray, membres de l'Institut, art. paru dans l' « Argus » du 16-4-1961.

(14) Article du Dr Peyrusset (Concours médical n° 13.31.III. 1962).

sentants du G.A.M.EX. par exemple, et des médecins-conseils qui relèvent exclusivement de la M.S.A. dans les conditions que nous savons.

Par ailleurs et surtout, l'intérêt des malades exige un contrôle médical indépendant. Bref, l'on peut affirmer que le Docteur Peyrusset que « le médecin-conseil ne peut être un arbitre impartial entre les malades, les médecins-traitants., et les « tiers-garants » que s'il est indépendant des uns comme des autres ».

Et c'est bien dans cet esprit que le législateur a consacré l'indépendance des services de contrôle médical du régime général de Sécurité sociale.

Pour être réelle, cette indépendance doit être technique, le personnel médical ne devant être responsable que devant le médecin chef de service. Elle doit être professionnelle, c'est-à-dire fondée sur un statut analogue à celui des médecins du régime général en tenant compte des particularités du régime agricole.

Elle doit être financière enfin. Actuellement, les dépenses du contrôle médical sont comprises dans les « dépenses complémentaires » et font masse avec celles que nécessitent l'action sanitaire et sociale ainsi que la gestion administrative : ces dépenses font l'objet d'une cotisation complémentaire à la charge de la profession agricole. Or, ces dépenses devraient être couvertes par une fraction de cotisation comme dans le régime général.

De plus, l'établissement du budget devrait ne dépendre que du médecin-chef homologue du médecin-chef régional en régime de Sécurité sociale.

III. — La création d'un échelon régional enfin semble s'imposer : d'une part, l'échelon départemental est beaucoup trop étroit et risque d'entraîner, pour le contrôle médical et la médecine préventive, des résultats anarchiques.

D'autre part, une centralisation absolue, se situant à Paris, nécessiterait la création d'un trop important organisme : il serait d'ailleurs malaisé de diriger de la capitale des services de contrôles médicaux dans les départements éloignés.

Nous savons que dans le domaine agricole, les conditions d'existence varient très sensiblement d'une région à l'autre et la médecine dite de « contrôle » autant que la médecine préventive doit s'y adapter. La centralisation nécessaire doit être régionale.

Un décret du 9 novembre 1962 (15) fit un premier pas en ce sens, faux pas d'ailleurs qui créée une situation ambiguë : le médecin-

(15) Etendant au bénéfice des législations sociales agricoles les dispositions du D. du 12 mai 1960 relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

conseil agricole « du département où siège le Conseil régional de la Sécurité sociale » pourra faire connaître son avis pour des litiges intervenant dans d'autres départements de la région. Or, ce médecin-conseil reste dépendre étroitement de la seule Caisse de M.S.A. du département où siège le Conseil régional...

Section IV

ESSAI D'ELABORATION D'UN NOUVEAU CONTROLE MEDICAL AGRICOLE

§ 1. — Organisation du contrôle médical agricole.

La difficulté majeure d'une organisation conforme aux principes énoncés, réside en ce fait qu'il n'existe pas en régime agricole de Caisses régionales. Certaines Caisses agricoles se sont groupées d'elles-mêmes en « Unions régionales de la Mutualité agricole », et nous avons fait allusion à l'existence de bureaux régionaux de gestion pour les organismes affiliés au G.A.M.EX. Les Caisses départementales et les Bureaux départementaux du R.A.M.EX. peuvent adhérer facultativement à ces Unions.

Il serait possible de parvenir à une structure régionale en instituant par voie de décret, dans chaque circonscription divisionnaire des lois sociales en agriculture par exemple, une Union régionale de tous les organismes chargés de l'application des législations sociales agricoles : un conseil d'administration pour chaque Union régionale comprendrait des représentants de chaque organisme et prendrait en charge les budgets des services médicaux, et la nomination des praticiens-conseils, ce sous le contrôle du Haut-Comité médical.

Le « contrôle médical » ainsi uniformisé à l'échelon régional jouirait d'une certaine autonomie.

A partir de cette donnée, le fonctionnement proprement dit du contrôle médical agricole serait analogue à celui du régime général de Sécurité sociale.

L'ensemble des services de contrôle médical et de médecine préventive (16) serait placé sous l'autorité d'un médecin régional agricole assisté d'un médecin régional adjoint, lesquels seraient également conseillers d'action sanitaire et sociale auprès des Unions régionales et des Caisses. Les médecins-conseils seraient nommés par le Conseil

(16) Le jumelage des services de contrôle et de médecine préventive a été jugé souhaitable par la Commission du Haut Comité Médical pour faire face à ses obligations.

d'administration des Unions régionales sur proposition du médecin régional agricole, après avoir été choisis sur une liste d'aptitude nationale établie sur épreuves et sur titres, dans des conditions fixées par le ministre de l'Agriculture et après avis du Haut-Comité médical.

Le médecin-conseil régional assurerait la direction totale des services médicaux de l'ensemble de la région.

Il préparerait chaque année le budget provisionnel du service médical et le soumettrait au Conseil d'administration de l'Union régionale : ce budget serait définitivement arrêté par l'Inspecteur départemental de l'I.L.S.A. Le médecin régional aurait la charge des ordonnancements, les paiements étant effectués par un agent comptable dépendant de l'Union régionale dans les conditions analogues à celles fixées par les agents comptables des Caisses régionales du régime de Sécurité sociale. Il organiserait enfin toutes liaisons nécessaires que doivent avoir les médecins conseils avec les différents services des organismes assureurs. Une telle organisation ménagerait ainsi l'indépendance nécessaire, indispensable à un tel service médical pour faire face à ses obligations.

Pour renforcer encore cette indépendance, l'on pourrait instituer un médecin-conseil inspecteur général, lequel relèverait du ministre de l'Agriculture et serait chargé de la coordination et de l'inspection des services d'Unions régionales (17).

§ 2. — Elaboration d'un statut propre aux médecins-conseils des régimes agricoles.

Parallèlement à une telle réorganisation, il est indispensable de donner aux praticiens du contrôle médical un statut convenable, analogue à celui des médecins-conseils du régime général. Ce statut doit permettre d'obtenir un recrutement valable, et d'offrir aux médecins toutes garanties sur leur indépendance en matière professionnelle, la stabilité de leur fonction, leur rémunération.

Quant au recrutement, il serait nécessaire en particulier d'exiger que l'exercice préalable en clientèle rurale pendant un certain temps, figure parmi les conditions d'inscription sur la liste d'aptitude précitée.

Il conviendrait en outre de prévoir un stage de formation médico-administrative dont les modalités seraient fixées par le ministre de l'Agriculture, sur avis du Haut-Comité médical.

(17) Un projet de décret de 1963 prévoyait l'institution d'un tel poste : la Caisse centrale de M.S.A. marqua bien entendu la plus vive opposition sur ce point (cf. P.V. discussion du projet au ministre de l'Agriculture du 5-7-1963).

Des liens précis d'ordre hiérarchique se substitueraient pour le médecin-conseil agricole aux liens de dépendance qui, à l'heure actuelle, le rattachent combien étroitement à la Caisse de M.S.A. L'avancement des médecins-conseils serait réalisé au choix (du médecin régional agricole) et à l'ancienneté.

De même, les dispositions relatives à la rémunération à la discipline, à la cessation des activités, seraient définies par voie d'arrêtés ministériels.

Conclusion sur le contrôle médical.

L'on ne saurait donc dissocier, dans la recherche d'un meilleur fonctionnement des législations sociales agricoles, l'organisation d'un service médical efficient et réel, et le statut des praticiens appelés à l'assurer.

Il importe donc de résoudre simultanément les deux problèmes, en s'efforçant d'adapter au régime agricole, sauf à innover sur certains points, le système qui a fait ses preuves en régime général. L'on ne peut que déplorer l'opposition forcenée que montre la M.S.A. à toute organisation du « contrôle médical agricole » sur les bases que nous avons tenté de fixer.

Cette opposition, pour le moins stérile, n'a fait jusqu'à présent que prolonger l'actuel et déplorable système « provisoire » que nous connaissons, en paralysant tour à tour, et parfois à l'avance (18), les nombreux projets de réforme déposés depuis 1961.

(18) « L'émotion » prématurée d'un parlementaire reflétant les thèses de la M.S.A., au vu d'un projet non encore soumis au Conseil d'Etat, est révélatrice de cet état d'esprit (*J.O.*, 3.10.1964), Sénat, n° 35 S, p. 1015, Rép. Min., 4.305).

Conclusion générale sur le régime A.M.EX.A.

L'originalité du texte législatif du 25 janvier 1961 instituant l'A.M.EX.A., permet de conférer à ce régime une sorte de valeur-test : il est fort probable en effet que les futurs régimes d'assurance maladie obligatoire, pour d'autres catégories de travailleurs indépendants, tels que les artisans, les commerçants et les industriels, s'inspireront plus ou moins des textes régissant l'A.M.EX.A., selon que l'application pratique de ces textes sera considérée comme plus ou moins satisfaisante. Le moment est venu de dresser le bilan de quatre années de régime A.M.EX.A.

I. — Quant au fonctionnement, l'on doit tout d'abord mettre l'accent sur une augmentation régulière des dépenses depuis 1961 : le volume des prestations atteint pour l'année 1964 plus de 980 millions (1) de francs, alors qu'il s'élevait à 800 millions pour 1963, à 550 millions de francs en 1962 et à 128 millions en 1961 (2).

Pour l'année 1964, le montant des prestations payées par l'ensemble des assureurs, soit un total de 980.333.000 francs, représente 220,8 % du montant des cotisations techniques encaissées en 1964 (soit au total 444.192.000 francs) : la différence a été prise en charge par le B.A.P.S.A. Pour couvrir l'augmentation des dépenses, les cotisations ont été augmentées, ainsi que l'aide de l'Etat : la participation de l'Etat passait en effet de 33,9 % du budget de 1962 à 56,4 % en 1963 (3) : or, il est bon de rappeler que la subvention de l'Etat avait été initialement consentie dans la proportion de 28 % du budget. En dehors des raisons normales et prévisibles de l'augmentation du budget, la raison essentielle de cette importante modification du volume des prestations, sensible surtout de 1962 à 1963,

(1) A.M.EX.A. : « Statistiques 1964 » établies et publiées par l'U.C.C.M.A.

(2) Le Régime ne prit effet qu'au 1er avril 1961 : l'on prévoyait, en 1961, 480 millions pour une année pleine.

(3) L'aide de l'Etat se monte à 56,2 % en 1964.

provient de la suppression de la « franchise année-famille » fixée à 200 francs par le législateur : l'on se souvient que la première réduction de 100 francs est intervenue en 1961, et la suppression complète en 1962 : la disparition du dernier pallier de 100 francs entrait en ligne de compte pour plus de 181 millions de francs dans l'augmentation du budget 1962 et 1963.

C'est par le biais de la suppression de la franchise que l'aide de l'Etat fut sensiblement augmentée, passant de 28 % à 56 % en 1963.

C'est ainsi que les bénéficiaires de la participation de l'Etat devinrent des « exonérés de cotisations » (4), c'est-à-dire des « assistés du régime », alors « qu'ils disposaient primitivement d'un droit, ayant une créance sur l'Etat qu'ils pouvaient faire valoir dès qu'ils avaient acquitté leur dû » (5).

Les motifs de la suppression de la franchise s'inspirèrent de considérations politiques, et du souci d'aligner sur ce point le régime A.M.EX.A. sur le régime des salariés agricoles.

Cette franchise était nuancée dans son principe (6), et ne semblait pas inadmissible en soi : elle évitait l'accumulation des petites dépenses, écueil majeur de toute assurance maladie, limitait par là le volume des prestations, et par voie de conséquence, l'augmentation des cotisations. La tendance actuelle serait de concentrer l'aide médicale sur les risques graves, et de grever d'une franchise, dont les modalités d'application seraient souples, les dépenses occasionnées par les « petits risques ».

Cette idée pourrait être reprise pour les futurs assurés obligatoires : ces derniers n'y sont point hostiles. Par ailleurs, sur le critère retenu pour fixer la participation de l'Etat, l'on se souvient que la loi du 25 janvier 1961 prévoyait (art. 9, 2°) qu'un projet de loi substituerait au revenu cadastral un autre mode d'assiette des cotisations : l'on ne saurait déplorer outre mesure que ce projet n'ait pas vu le jour, la référence au revenu cadastral nous semblant rester à l'heure actuelle la plus pratique et la moins inexacte.

II. — Sur la nature des risques garantis, l'on doit souligner à nouveau que la loi de 1961 marquait un progrès important, mais n'entraînait pas, pour les exploitants non salariés, une parité réelle en regard des salariés.

En effet, l'assurance ne comporte en aucun cas l'attribution de prestations en espèces, c'est-à-dire d'indemnités journalières : cette

(4) Article 43, loi de Finances pour 63, 2e Partie (L. du 23-II-1963).

(5) Cf. art. Dr J.-R. Debray : « Revue politique des idées et des institutions » : « Les nouvelles formes de l'assurance maladie obligatoire », n° 5, mars 1963, p. 132.

(6) Elle ne concernait ni les enfants, ni la maternité, ni la chirurgie, ni les longues maladies.

lacune ne peut être comblée actuellement que par l'assurance complémentaire qui reste en tout cas facultative.

De plus, l'assurance obligatoire couvrant, pour les exploitants agricoles, les accidents de la vie privée, les accidents du travail et les maladies professionnelles, devait faire l'objet d'un texte qui, là encore, est demeuré dans les limbes. Ces risques peuvent aussi faire l'objet d'assurances complémentaires.

Il serait souhaitable que le régime A.M.EX.A. soit complété à cet égard, suivant le désir du législateur, et des intéressés eux-mêmes.

III. — Il est une question que nous évoquerons brièvement, pour regretter qu'aucune solution n'ait été apportée, malgré le désir exprès du législateur :

> L'article 1106-4 du Code rural prévoyait : « qu'un R.A.P. « déterminerait les modalités de constitution et de fonctionne- « ment d'un Fonds spécial destiné à promouvoir et à dévelop- « per une action sociale en faveur des bénéficiaires du régime « A.M.EX.A. et plus particulièrement aux assurés défavorisés. »

Or, aucun texte n'est intervenu au sujet de ce Fonds spécial. Précisons que 2 % des cotisations complémentaires y sont affectées (7) : or, ces cotisations complémentaires sont perçues par tous les organismes assureurs ; donc, il serait pour le moins normal que chaque organisme assureur soit représenté au sein du Fonds spécial pour participer à sa gestion.

Cette question est intimement liée tant au principe du libre choix dont elle est une conséquence, qu'aux problèmes posés par le contrôle médical : la création d'Unions régionales faciliterait considérablement l'implantation de « Caisses régionales du Fonds spécial » qui seraient gérées par le Conseil d'administration de l'Union régionale agricole, telle que nous l'avons décrit à propos du « contrôle médical ».

Comme il en est pour le contrôle médical, les tendances monopolistes de la M.S.A. ont freiné tout projet fondé sur une gestion commune. Actuellement, les sommes attribuées au Fonds spécial sont mises en réserve par chaque organisme assureur, en attendant que la question soit tranchée par un texte.

IV. — Il nous faut également conclure sur la valeur pratique du principe de pluralité de gestion.

Il s'agit de savoir si les faits ont démenti les craintes formulées par les détracteurs de la thèse pluraliste, ou ont répondu aux espoirs du législateur.

(7) Les cotisations complémentaires encaissées en 1964 se sont élevées à 82.501.000 francs ; un montant global de F. 1.650.000 a été affecté au Fonds spécial.

L'on peut affirmer tout d'abord que les suspicions portées vis-à-vis des Sociétés d'assurance se sont révélées sans fondement.

Les Sociétés ont réalisé une organisation originale, qui réunit les avantages de la centralisation et de la décentralisation.

Les rapports humains sont assurés par les agents des Sociétés qui connaissent les assujettis et leur famille. La gestion administrative est assumée par une organisation commune, sévèrement hiérarchisée, et rigoureusement contrôlée, par son siège et par les inspecteurs de l'Etat. La discipline imposée par le siège à l'égard de ses bureaux régionaux, et les modalités des contrôles administratifs assurent la rectitude des opérations de gestion.

Les prescriptions de la loi sont scrupuleusement respectées ; les Sociétés d'assurance ont fait la preuve qu'elles étaient capables de gérer les fonds publics avec la même rigueur que les administrations d'Etat : elles ajoutent au service du régime obligatoire une amélioration des rapports humains qui surprend les observateurs (8).

Les espoirs mis dans l'application même du principe du libre choix ont été largement atteints.

Dès l'origine, l'émulation entre les assureurs créait des conditions favorables à la mise en œuvre du régime.

La loi prenait effet au 1er avril 1961 : dès le mois de juin de la même année, la majorité des exploitants était affiliée, et les feuilles de maladie décomptées et réglées : « Jamais », a-t-on dit (9) « l'on ne vit autant de personnes aider nos contemporains à remplir les bulletins d'adhésion et des feuilles de maladie ».

Dès le début de l'année 1962, l'organisation de chaque assureur était pratiquement en place. L'émulation n'allait plus avoir à s'exercer sur la recherche d'adhérents, mais essentiellement sur le fonctionnement du service, l'accueil des assurés, et notamment sur le règlement de leurs droits.

Au 31 décembre 1964, les assurés (cotisants et exonérés) étaient au nombre de 2.497.815 (10) dont 76 % auprès des Sociétés mutualistes : si le législateur n'avait pas imposé la pluralité de gestion, c'est bien « une minorité importante d'environ 2 millions de personnes, dont on eût sacrifié sans nécessité une liberté essentielle » (11).

Les organismes assureurs se sont attachés, dans la politique du meilleur service », à régler le plus rapidement possible, les presta-

(8) Les assurés du G.A.M.EX., lors d'une enquête de 1963, ont exprimé leur totale satisfaction dans une proportion de 95 % (sur 31.000 réponses).

(9) J.-R. Debray (article précité).

(10) Ce qui représente plus de 6.500.000 de têtes.

(11) P. Robillard : « Droit Social », n° 4, avril 1962 : bien entendu, ces 2 millions de personnes sont considérées sur la masse des 6.500.000 personnes garanties, et non sur l'ensemble des assurés cotisants (ou exonérés).

tions dues aux assurés : selon les statistiques effectuées par sondages en 1963, le délai moyen de remboursement se situait entre 3 et 10 jours. Actuellement, les règlements interviennent dans un délai maximum de 8 jours, ce qui est très satisfaisant.

Il est devenu courant, dans certains bureaux du G.A.M.EX. par exemple, que le règlement intervienne le lendemain de la réception de la feuille de maladie.

Certes, la gestion sur le plan technique, est déficitaire : l'équilibre, comme en régime de Sécurité sociale, ne peut être atteint qu'à la condition d'augmenter sensiblement les cotisations : mais il s'agit là d'un problème de politique sociale où les assureurs sont impuissants.

Par contre, le domaine où toutes initiatives peuvent s'exercer, est celui des frais de gestion administrative. Dans les premières années, le G.A.M.EX. exposait d'importants déficits, obligé qu'il fut de créer de toutes pièces une infrastructure déjà préexistante dans d'autres organismes, tels la M.S.A. ou la Mutualité 1900.

Mais il est parvenu actuellement à limiter considérablement les frais de gestion, au point de n'exposer en 1965 qu'un déficit insignifiant ou nul.

Bref, l'on peut dire actuellement que le régime A.M.EX.A. a marqué, pour l'assurance maladie obligatoire en général, un net progrès : la qualité des services s'est considérablement améliorée : c'est en ce sens que le ministre du Travail Gilbert Grandval parlait d' « humaniser la gestion ».

Il est significatif que, précisément en 1963, la Sécurité sociale ait soudainement pris conscience de ce problème, et ait commencé, dans certaines Caisses, à tenter d'améliorer le service, à organiser l'accueil des assurés, à considérer chacun d'eux comme un individu, et non comme un « numéro matricule ».

Le fonctionnement du régime A.M.EX.A. marque la réussite d'un principe qui représente la synthèse entre deux conceptions opposées, et constituera le point de rencontre où les uns, abandonnant leur revendication monopoliste, et les autres, la seule recherche d'un profit immédiat, s'accorderont pour œuvrer dans l'intérêt général.

Vu,

Le Président de la thèse :

A. BESSON.

Vu,

Le Doyen de la Faculté de Droit et des Sciences Economiques de Paris :

G. VEDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROCHE.

Bibliographie

OUVRAGES

ANTONELLI : « Trente-trois ans de Sécurité sociale en France » (1963).

BLANCHOIN : « L'Assurance mutuelle agricole ».

HÉMARD (J.) : « La condition juridique de l'adhérent dans les Sociétés mutualistes ».

PERRAUD-CHARMANTIER et de RIEDMATTEN : « Sécurité sociale ».

PICARD et BESSON : « Les Assurances terrestres en Droit français », T. 2 (2e édition, 1965).

REVUES

« Bulletin d'information de la Mutualité agricole. »

« Liaison sociale » (cf. n° 2830, janvier 1964 : « Droit social de l'Agriculture. »

« Revue pratique de Législation agricole » (cf. nos 185-187, 10-12-1962, « La Mutualité agricole »).

« Paysans » (cf. n° 19, août-septembre 1959, « Sécurité sociale et Paysans ».)

« Droit social » (cf. Droit social, 1961, deux articles Montagne.)

ARTICLES ET ETUDES

« Association pour l'étude des problèmes économiques et humains de l'Europe » (Commission des Etudes sociales) : « Assurance Maladie et Affaires de Santé » (1965, Imprimerie du Croissant).

Dr J.-R. DEBRAY : « L'Observateur », 132-1961, page 185 : « L'A.M.EX.A. »

— « L'Argus », 16-4-1961 : « L'Assurance maladie obligatoire des Exploitants agricoles. »

— « Revue politique des Idées et des Institutions », n° 1, mars 1963, article intitulé : « Les nouvelles formes de l'Assurance maladie obligatoire. »

LUCAS : « Revue pratique de Législation agricole », n° 123 (1961) « L'Assurance maladie des Exploitants agricoles ».

MILCAMPS : « L'Assurance médico-chirurgicale : une assurance d'avenir » (R.G.A.T., 1955, page 27).

MONTANE de la ROQUE : Encyclopédie Dalloz « Droit social », T. I, n° « Agriculture ».

Dr PEYRUSSET : « La Protection médico-sociale du monde agricole », « Concours Médical », n° 13 (13-3-1962).

ROBILLARD (P.) : « Droit social », n° 4 (avril 1962).

VEAUX : « La nature juridique des Sociétés d'assurances mutuelles ou à forme mutuelle au regard du droit privé et du droit fiscal » (Rev. Trim. Droit Comm., 1950, p. 11).

Table des Matières

INTRODUCTION 1

CHAPITRE PRÉLIMINAIRE : *La loi du 25 janvier 1961* 5

PREMIÈRE PARTIE

L'A.M.EX.A. 11

CHAPITRE PREMIER : *Champ d'application* 11

Section I. — Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole 11

§ 1. Exploitation ou entreprise agricole 11

§ 2. Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole 13

§ 3. Conditions requises pour bénéficier de l'A.M.EX.A. 14

Section II. — Les aides familiaux 18

§ 1. Qualité d'aide familial et conditions d'assujettissement 18

§ 2. Problèmes particuliers à la catégorie des aides familiaux 19

Section III. — Les anciens exploitants 20

§ 1. L'allocation de la retraite vieillesse agricole 20

§ 2. L'assujettissement des anciens exploitants au régime de l'A.M.EX.A. 21

Section IV. — Les conjoints et mineurs de 16 ans 23

§ 1. Les conjoints 23

§ 2. Les enfants mineurs de 16 ans 26

Section V. — Membres non salariés de sociétés agricoles 27

§ 1. Objet 27

§ 2. Cas particuliers liés à la nature des sociétés 28

CHAPITRE II : *Le financement* 31

Section préliminaire 31

§ 1. Le revenu cadastral 31

§ 2. Répartition des dépenses entre la profession et la Nation 32

§ 3. Répartition à l'intérieur de la profession 34

Section I. — Les cotisations 35
§ Taux 35
§ 2. Versement et sanctions 36
Section II. — La participation de l'Etat 37
§ 1. Le mode d'exercice 37
§ 2. Conditions requises pour bénéficier de la réduction 38
§ 3. Le revenu cadastral, critère de la réduction 38
§ 4. Taux de réduction 41
Section III. — Exonération des cotisations 41

CHAPITRE III : *Les prestations* 45
Section I. — Les prestations « Maladie » 45
Sous-section I. — Conditions d'ouverture du droit et exclusions 46
§ 1. Conditions d'ouverture du droit 46
§ 2. Exclusions d'ordre général 47
Sous-section II. — Nature et prise en charge des prestations « Maladie » .. 49
§ 1. Principes généraux 49
§ 2. Prise en charge des différentes prestations 52
§ 3. Le ticket modérateur 56
Section II. — Les prestations de maternité 58
§ 1. Conditions d'ouverture au droit 58
§ 2. Nature des prestations et modalités de prise en charge 58
Section III. — Les prestations d'invalidité 59
§ 1. Conditions d'ouverture au droit 60
§ 2. Prestations servies au titre de l'invalidité 62

CHAPITRE IV : *Obligations des parties* 65
Section préliminaire. — Peut-on parler d'un contrat d'assurance ? 65
Section I. — Les obligations de l'organisme assureur 66
Section II. — Les obligations de l'assujetti 67
§ 1. L'obligation d'assurance 67
§ 2. Obligation de justifier les dépenses pouvant donner lieu à prestations 69

DEUXIÈME PARTIE

LE FONCTIONNEMENT DU REGIME A.M.EX.A.

CHAPITRE PRÉLIMINAIRE : *Le libre choix de l'organisme assureur* 73
Section I. — Le problème de la gestion 73
Section II. — Monopole ou pluralité ? 75
§ 1. Objections formulées à l'encontre du principe du libre choix 75
§ 2. Justification du système pluraliste 80
§ 3. Le libre choix institué par la loi de 1961 81

CHAPITRE PREMIER : *Les organismes assureurs* 85
Section I. — La mutualité agricole 85

§ 1. La M.S.A. 86
I. Généralités 86
II. La M.S.A. Organisme professionnel et mutualiste 86
III. Limites de la M.S.A. 90
§ 2. La Mutualité Economique dite Mutualité 1900 91
I. Généralités 91
II. Objectifs de la Mutualité Economique 92
III. Structure de la Mutualité Economique 94
IV. Le contrôle de l'Etat 96
V. Privilèges 97
Section II. — La Mutualité 1945 100
§ 1. Généralités 100
§ 2. Structure d'organisation 101
§ 3. Ressources et privilèges 104
Section III. — Les sociétés d'assurances 106
§ 1. Le R.A.M.EX. 106
I. Les textes légaux 106
II. Objets du R.A.M.EX. 107
§ 2. Le G.A.M.EX. 109
§ 3. Rapports R.A.M.EX.-G.A.M.EX. 111
CONCLUSION. — *Les organismes assureurs et la pratique de l'A.M.EX.A.* 113
§ 1. Adaptation des divers organismes assureurs à la gestion de l'A.M.EX.A. 113
§ 2. Restriction pratique du libre choix 114
CHAPITRE II : *Organisation du régime A.M.EX.A.* 117
Section I. — La M.S.A. Organisme pivot 117
§ 1. Attributions spéciales des Caisses départementales de M.S.A. 117
§ 2. Attributions spéciales de la Caisse centrale de secours mutuels agricoles 118
Section II. — Dispositions applicables aux autres organismes assureurs .. 119
Section III. — Dispositions communes à tous les organismes assureurs .. 121
CHAPITRE III : *Le contentieux* 123
Section I. — Généralités 123
Section II. — Le contentieux général 125
§ 1. La procédure gracieuse préalable 125
§ 2. La procédure contentieuse 126
Section III. — Le contentieux technique 127
CHAPITRE IV : *Le contrôle médical* 129
Section I. — Le contrôle médical en régime de Sécurité sociale 129
§ 1. Utilité du contrôle 129
§ 2. Evolution et organisation du contrôle médical en régime de Sécurité sociale 130
Section II. — Le contrôle médical en régime agricole 132
§ 1. Les données du problème 132
§ 2. Etat actuel du contrôle médical en matière agricole 133

Section III. — Recherche d'une solution 134
§ 1. Thèses en présence 134
§ 2. Conditions d'un bon fonctionnement du contrôle médical agricole 136
Section IV. — Essai d'élaboration d'un nouveau contrôle médical agricole 138
§ 1. Organisation du contrôle médical agricole 138
§ 2. Elaboration d'un statut propre aux médecins conseils des régimes agricoles 139
CONCLUSION SUR LE CONTROLE MÉDICAL 141
CONCLUSION GÉNÉRALE SUR LE RÉGIME A.M.EX.A. 143
BIBLIOGRAPHIE 149

LIBRAIRIE GÉNÉRALE
DE DROIT ET DE JURISPRUDENCE
PARIS -- 1091
Dépôt légal : 2e Trimestre 1966

Printed in France

IMPRIMERIE R. VANÇON
77, rue du Cardinal-Lemoine
PARIS (5e)
N° 180 27-5-66